

Tutkijapuheenvuoroja

# TERVEYDENHUOLLOSTA

Ulla Ashorn ja Juhani Lehto (toim.)

Ulla Ashorn, Juhani Lehto (toim.)

# Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

*Toimitusneuvosto*

Mauno Konttinen, puheenjohtaja

Tuukka Lahti

Kristiina Manderbacka

Heli Mustonen

Elina Palola

Kerttu Perttilä

Marja-Leena Perälä

Anna-Liisa Salminen

Riitta Seppänen-Järvelä

Salla Säkkinen

© Kirjoittajat ja Stakes

*Kielen tarkistus:* Sirkka Laukonsuo

*Kannen suunnittelu:* Tähtikuviot

*Taitto:* Christine Strid

ISBN 978-951-33-2242-7

Gummerus Kirjapaino Oy

Jyväskylä 2008

## Lukijalle

Terveydenhuollon kehityshaasteita määritellään eri tavoin. Usein mainitaan väestön vanheneminen, teknologian nopea kehitys ja kansalaisten kasvavat vaatimukset. Voidaan nostaa esiin myös globalisaatio, kansalaisten valinnanmahdollisuuksien vähäisyys tai julkisiin byrokraatioihin liitetyt ongelmat. On myös syytä tunnistaa, että terveydenhuollon yhteiskunnallinen merkitys näyttää erilaiselta eri toimijoiden ja intressiryhmien näkökulmasta.

Ensinnäkin terveydenhuolto on merkittävä osa sosiaaliturvaa. Sillä turvataan, että sairastumisen hetkellä kansalainen saa sairaanhoitoa suurelta osin riippumatta siitä, onko hänellä itsellään juuri silloin varaa maksaa sairaanhoitonsa kustannukset. Sosiaaliturvaprospektiivistä keskeiset haasteet liittyvät palvelujen saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden tasa-arvoisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Historiallisesti se on ollut erittäin vahva näkökulma 1900-luvun alusta aina 1980-luvun lopulle asti. Se on edelleen keskeinen näkökulma, kun terveydenhuollon kehitystä käsitellään niillä foorumeilla, joissa keskitytään sosiaalisiin oikeuksiin, tulonjakoon ja tulonsiirtoihin, esimerkiksi osana työmarkkinasuhteita.

Toiseksi terveydenhuolto on valtaisa julkisesti rahoitettu palvelutuotantosektori. Näin tarkasteltuna tuotannon eri osien tekninen tehokkuus ja tuotantojärjestelmän kokonaisuuden ns. allokaatiivinen tehokkuus, vaikuttavuus ja asiakaslähtöisyys ovat keskeisiä haasteita. Haasteisiin kuuluvat myös teknologian paras mahdollinen hyödyntäminen ja jatkuva uusiutuminen. Historiallisesti tämä näkökulma on ollut nousussa erityisesti 1980-luvulta alkaen. Se on noussut keskeiseksi terveydenhuollon hallinnon ja julkisen talouden – erityisesti terveysministerin ja valtiovarainministerin – näkökulmaksi.

Kolmanneksi terveydenhuolto on myös yksi suurimpia ja nopeimmin kasvavia elinkeinosektoreita. Palveluiden ja niissä tarvittavien teollisten tuotteiden tuotanto ovat keskeisiä yritystoiminnan, investointien, tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja työllistymisen aloja. Haasteisiin kuuluvat esimerkiksi innovaatiotoiminnan edistäminen, työllisyyden ja työvoiman saannin turvaaminen sekä tuottajaorganisaatioiden kansallisen ja kansainvälisen menestyksen edistäminen. Tämä näkökulma on ollut vahvassa nousussa aivan viime aikoina, erityisesti bioteknologian ja palveluliiketoiminnan noustua keskeiseksi taloudellisen kasvun ja kansainvälisen kilpailukyvyyn politiikassa. Valtionhallinnossa tämä on merkinnyt sitä, että työ- ja elinkeinoministeriö on noussut keskeiseksi terveydenhuollon kehitykseen vaikuttajaksi.

Neljänneksi terveydenhuolto on myös kansan ja ihmiskunnan terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta keskeinen toimija. Vaikka terveyden edellytykset suurimmalta osin synnytetään terveydenhuollon ulkopuolella – esimerkiksi kouluissa, työelämässä, muissa arjen elinympäristöissä, kuluttajien valinnoissa ja yleisen sosiaaliturvan ratkaisuissa – on terveydenhuollon kyvyllä sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen suuri merkitys. Haasteisiin kuuluu erityisesti terveyden edistämisen näkökulman pitäminen esillä niin terveydenhuollon omassa kuin muidenkin toimintasektorien tavoitteissa, arviointikriteereissä ja muutoksissa. Historiallisesti tämä näkökulma on vanha. Jo teollistumisen ja kaupungistumisen alkuaikoina kävi välttämättömäksi turvata kansan terveyttä julkisen vallan toimin esimerkiksi puhtaasta vedestä, jätehuollon sekä työ- ja asumisolosuhteiden sääntelyn keinoin ja pian ehkäisemällä tartuntatauteja paremman hygienian keinoin. Nyt sen näkyvimpiä muotoja ovat esimerkiksi diabeteksen ja lihavuuden ehkäisy politiikat sekä tupakoinnin ja alkoholin kulutuksen vähentämisen politiikat. Tälle näkökulmalle on ominaista, että eri erityiskysymysten ympärille rakentuneet kolmannen

sektorin toimijat ovat keskeisessä asemassa. Samaan aikaan näkökulma on kaiken aikaa vaarassa marginalisoitua edellisten kolmen muun näkökulman saadessa vaikutusvaltaisten toimijoiden keskeisen huomion.

## Ristiriitoja ja yhteensovittamista

Nämä neljä terveydenhuollon keskeistä ”pilaria” asettuvat varsin erilaiseen tärkeysjärjestykseen, jos terveydenhuoltoa lähestytään esimerkiksi Kauppakamarin, Elämäntapaliiton, Lääkäriliiton tai Rakennustyöläisten liiton näkökulmasta. Ne ovat saaneet viimeisen sadan vuoden aikana sangen erilaisia painoarvoja. Hyvinvointivaltion esihistoriassa painottuivat erityisesti sosiaaliturvan ja ympäristöterveyden näkökulmat. Kypsan hyvinvointivaltion huomion keskiössä on isoksi ja monimutkaiseksi kasvaneen järjestelmän tehokkuus ja vaikuttavuus. Globalisaatioajan kilpailuvaltio taas tunnistaa terveydenhuollon yhä enemmän uuden innovaatiointensivisen kasvun ja kilpailun areenana, jolloin huomion keskiössä on terveydenhuolto elinkeinosektorina.

Terveydenhuollon eri pilareilla on myös hallinnossa ja tutkimuksessa eri ”omistajat”. Esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriö ja sen tutkimusrahoituskanava TEKES ovat ottaneet omakseen kilpailuvaltiollisen elinkeinonäkökulman terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä taas on viime aikoina ollut painotuksena julkisen terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuuteen tähtäävät pyrkimykset. Toki terveyden edistämisen ja sosiaaliturvan näkökulmalla on hallinnolliset omistajansa, esimerkiksi ryhmiä tai yksiköitä Kansanterveyslaitoksessa ja Stakesissa, mutta niiden politiikka-vaikutus näyttää olleen viime aikoina paljon marginaalisempi kuin kahden edellä mainitun pilarin omistajien vaikutus.

Pilarien sisällä olevat keskeiset intressit joutuvat myös helposti keskinäiseen ristiriitaan. Esimerkiksi jälkihyvinvointivaltiollinen kapea-alainen tehokkuuspyrkimys ja kilpailuvaltiollinen innovatiivinen kasvupyrkimys tuottavat helposti asetelman, jossa vähintään kehitysvaiheessa lisäkustannuksia aiheuttavia innovaatiota tuetaan mieluummin yksityissektorilla ja julkissektorille annetaan vain säästöohjeita – vaikka myös yksityissektorin kasvu tulee sairausvakuutuksen tai ostopalvelujen muodossa julkisen talouden kautta rahoitettavaksi. Kilpailuvaltiollisen yksityiseen toimintaan painottamisen ja jälkihyvinvointivaltiollisen terveydenhuollon tehostamispyrkimyksen tiedetään myös helposti jättävän sosiaaliturvanäkökulman liian pienelle huomiolle esimerkiksi ratkaisussa, jotka faktisesti kasvavat potilaiden taloudellisia omavastuita. Ja kaikilla muilla näkökulmilla on taipumus – varsinkin, kun oppina on keskittyminen ”olennaiseen” ja ”päätehtävään” –, määritellä terveyden edistäminen jonnekin olennaisen marginaaliin tai ulkopuolelle.

## Tutkimuksen näkökulmia

Tämä kirja on syntynyt Suomen Akatemian yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Suomen Kuntaliiton, Työsuojelurahaston ja Sitran kanssa rahoittaman Terveydenhuollon tutkimusohjelman (TERTTU, 2004–2007) tulosten pohjalta. Tutkimusohjelman keskeisenä tavoitteena oli ”lisätä pysyvästi tieteellisen tutkimuksen panosta etsittäessä ratkaisuja terveydenhuollon keskeisiin kehityshaasteisiin ja -ongelmiin”. Kirjan artikkeleista vastaavat tästä ohjelmasta rahoitusta saaneet tutkimusryhmät.

Kirjaa varten TERTTU-ohjelman projektiryhmät ovat tehneet yhteenvetoja tutkimuksensa tuloksista sekä aihepiirin aiemmista julkaisuista. Kirjoitustehtävänä oli: kirjoita oman tutkimuksesi pohjalta, mitä pidät olennaisina viesteinä tulevia Suomen terveydenhuollon kehittämiskärsäjä valmisteleville.

Artikkelien sisällön tarkasteleminen edellä kuvatusta neljän pilarin näkökulmasta kertoo, että ohjelma painottui vahvasti terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen. Tavalla tai toisella tähän pilariin suuntautuvat ainakin seuraavat artikkelit: Eeva Widström ja Hennemari Mikkola esittävät kokonaisvaltaisen ja tarkan arvion 2000-luvun alun hammashoidon rahoitusuudistuksen vaikutuksista. Kustannusten nousu on ollut merkittävää, ja on kyseenalaista, onko palvelujen käytön oikeudenmukaisuus tai suun terveys parantunut suhteessa kasvaneeseen panostukseen. Ritva Laamanen työtovereineen arvioi terveydenhuoltopalveluiden vaihtoehtoisten tuottamistapojen merkitystä asiakkaiden, työntekijöiden ja kustannusten näkökulmasta. Tuottamistavalla näyttää olevan yhteyttä joihinkin terveydenhuollon ilmiöihin, mutta ainakin lyhyehköllä aikavälillä erot eivät näytä suuremmilta kuin saman tuottamistavan omaksuneiden alueiden välillä.

Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola arvioivat mielisairaalahoidon supistamisen vaikutuksia mielenterveyspotilaiden kannalta. On ilmeistä näyttöä siitä, että ainakaan pessimistisimmät ennusteet sairaalahoidon supistamisen vaikutuksista eivät ole toteutuneet, joskaan myöskään optimistisimmat odotukset eivät ole toteutuneet muun muassa avohoidon voimavarojen niukkuuden vuoksi. Jari Vuori puolestaan taustoittaa palvelumuotojen vaihtoehtoja ja valinnan mahdollisuutta koskevaa keskustelua. Olli-Pekka Lehtosen työryhmä on kehittänyt menetelmää sairaanhoidon tarveanalyysien täsmentämiseksi, jotta niitä voitaisiin paremmin käyttää terveydenhuollon kehittämisessä ja johtamisessa. Maritta Välimäki ryhmineen raportoi tärkeän esimerkin informaatio- ja kommunikaatioteknologian hyödyntämisprojektista mielenterveydenhuollossa. Artikkelia voidaan pitää hyvänä osoituksena siitä, miten perusteellinen kehittämisprojektin arviointi tuottaa monin verroin hyödyllisempää tietoa jatkoon kannalta kuin ne turhan yleiset ”arvioinnit”, jotka pinnallisuudessaan näyttävät olevan pikemminkin rituaalin vuoksi kuin kehittämistyön kehittämisen tukemiseksi tehtyjä.



Marja Jylhä työtovereineen on tutkinut ikääntyneiden viimeisten elinvuosien sairaanhoidon ilmiöitä ja kustannuksia. Viimeisiin vuosiin kohdistuu suuri osa sairaanhoidon resursseista, mutta hoidon toteutumisen analyysi viittaa vahvasti siihen, että hoitoprosessien kokonaisuuden hallinnassa on paljon puutteita, jotka heikentävät hoidon laatua ja potilaan viimeisten vuosien elämänlaatua sekä samalla tuottavat myös turhan suuria kustannuksia. Samoilla kustannuksilla olisi oletettavasti saatavissa myös parempaa laatua, jos hoidon hallinta toimisi paremmin. Marja-Leena Perälä työtovereineen analysoi hoivapalvelujen tilaa hoidettavien, omaisten ja työntekijöiden näkökulmasta sekä omaishoivan ja ammatillisen hoivan suhdetta tuottaen tausta-analyysiä väestön vanhetessa yhä keskeisimmiksi nousevien kysymysten osalta. Juha Kinnunen ja työryhmä lähestyvät ilmiökenttää terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamisen ja hallinnan näkökulmasta. He päätyvät teeseihin henkilöstöjohtamisen kehittämistä. Minna Kaila työtovereineen taas on tutkinut hoitosuosituksen toimeenpanoa, ja he herättävät ajankohtaista keskustelua terveydenhuollon hoitosuosituskäytännöistä ja kehittämistyöstä yleisemminkin.

Myös Riittakerttu Kaltiala-Heinon ja Sari Fröjdin artikkeli tarkastelee terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta, tosin periaatteellisemmasta näkökulmasta. Kirjoittajat arvioivat nuoruusikäisten asiakkuutta ja hoitavien tahojen vastuuta nuorten asiakkaiden hoitosuhteen ylläpidossa. Poleeminen artikkeli haastaa jatkokeskusteluun, samalla kun se jäsentää ilmiökenttää käytännön kehittämistyötä edistävällä tavalla. Meri Koivusalon työryhmä puolestaan lähestyy muospaineita kansainvälisen ja erityisesti EU:n vaikutuksen perspektiivistä. Tytti Solantauksen artikkelissa arvioidaan lasten psyykkisen terveyden hoitamisen eräitä toimintamalleja. Näin tuotetaan aineksia keskustelulle arviointitoiminnasta yleisemminkin.

Erityisesti Pentti Alanen sekä Matti Rimpelä ja Arja Rimpelä tutkivat terveydenhuollon kykyä laajempaan terveyden edistämiseen. Alanen yhdistää hampaiden hoitoa ja suun terveyttä koskevat tutkimustuloksensa pitkään jatkuneeseen ja aina uudestaan esiin nousevaan keskusteluun siitä, eikö painopistettä voitaisi siirtää enemmän sairauksien hoidosta niiden syiden poistoon. Rimpelät osoittavat kouluterveydenhuollon joutuneen uhriksi, kun muita sektoreita on priorisoitu, yhdistäen tämän myös siihen, että laiminlyödyille sektorille on tyypillistä, että sitä koskeva seurantatieto jää keräämättä tai on kovin puutteellista.

Sosiaaliturvan näkökulma on vahvasti esillä erityisesti Ilmo Keskimäen ja työtovereiden artikkelissa. Tämä artikkeli syventää entisestään kuvaa siitä, että terveydenhuollon resursseja ei kohdenneta kansalaisille vain terveydenhuollon tarpeen perusteella, vaan hyväosaiset ovat hyväosaisempia myös potilaina. Pekka Virtanen työryhmineen on tarkastellut työterveydenhuollon voimavarojen kohdentumista ja toimivuutta epävarmassa työmarkkina-asemassa olevien kannalta, ja taas käy ilmi resurssien jakautuminen muun kuin tarpeen perusteella.

Merkillepantavaa on, että terveydenhuolto elinkeinosektorina jäi jo ohjelman projektihakuvaiheessa sivuun. Ilmeisesti aihepiiriä koskevat tutkimukset saavat rahoituksensa pikemminkin TEKESin ja myös Sitran kuin Suomen Akatemian suunnalta. Toivottavasti näkökulma saadaan tulevaisuudessa esiin myös akateemisesti syvällisemmän tutkimuksen puolella.

Artikkeleissa risteävät monet teemat. Kirjan alkuosaan on pyritty nostamaan artikkelit, jotka pohtivat terveydenhuoltojärjestelmän resurssien kohdentamista. Seuraavana on artikkeleita, joissa painottuvat kysymykset terveydenhuollon tuottavuudesta, toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Kolmannen ryhmän muodostavat muutosten arviointiin liittyvät tutkimukset. Neljännessä ryhmässä

on artikkeleita, joissa keskitytään järjestelmätason sijasta yksittäisten terveydenhuollon toimintamallien arvioimiseen.

TERTTU-ohjelman puolesta kiitämme lämpimästi Stakesia ohjelmalle annetusta tuesta, jonka viimeinen osa on tämän kirjan julkaiseminen.

Tampereella 19.9.2008

*Juhani Lehto*

Professori

TERTTU-ohjelman johtaja ota

*Ulla Ashorn*

FT

TERTTU-ohjelman koordinaattori

# Sisälllys

Lukijalle

Kirjoittajat ..... 13

## I PRIORITYETIT – KOHDENNETAANKO RESURSSIT OIKEIN?

SEURAUSTEN HOIDOSTA SYIDEN POISTOON ..... 17  
*Pentti Alanen*

KOULUTERVEYDENHUOLLON LAATU, OIKEUDENMUKAISUUS JA  
VAIKUTTAVUUS ..... 30  
*Matti Rimpelä ja Arja Rimpelä*

OIKEUDENMUKAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA EDELLYTTÄÄ  
PALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTAMISTA ..... 50  
*Ilmo Keskimäki, Kristiina Manderbacka ja Juha Teperi*

TYÖTERVEYTTÄ TYÖTTÖMILLEKIN, MUTTA MITEN?..... 67  
*Pekka Virtanen, Katri Romppainen, Rita Jähi ja Antti Saloniemi*

TERVEYSPALVELUJEN TARPEEN JA TARJONNAN KOHTAAMINEN –  
AJANKOHTAINEN TUTKIMUSHAASTE ..... 82  
*Olli-Pekka Lehtonen, Sirkku Vuorma ja Taina Mäntyranta*

## II TEHOKKUUS, TUOTTAVUUS, VAIKUTTAVUUS

HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN JOHTAMISEN MERKITYS  
TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISESSÄ..... 97  
*Juha Kinnunen, Tuula Kivinen, Johanna Lammintakanen ja  
Helena Taskinen*

PIDENTYVÄ VANHUUSIKÄ JA PALVELUJEN UUDET HAASTEET ..... 116  
*Marja Jylhä, Leena Forma, Mari Aaltonen, Jani Raitanen ja  
Pekka Rissanen*

### III MUUTOSTEN JA VAIHTOEHTOJEN ARVIOINTI

ONKO JO AIKA SULKEA PSYKIATRISET SAIRAALAT?.....	131
<i>Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola</i>	
MITÄ KERTOO HAMMASHOITOUUDISTUKSEN ARVIOINTI? .....	146
<i>Eeva Widström ja Hennamari Mikkola</i>	
PALVELUTUOTANTOTAPA JA PERUSTERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN TOIMIVUUS NELJÄSSÄ KUNNASSA .....	166
<i>Ritva Laamanen, Anne M. Koponen, Nina Simonsen-Rehn, Miika Linna ja Sakari Suominen</i>	
OMAINEN TUKENA KOTIHOIDOSSA.....	180
<i>Marja-Leena Perälä, Teija Hammar ja Pekka Rissanen</i>	
JULKISESTI, YKSITYISESTI VAI TILATUSTI TUOTETTU TERVEYS – KANSALAISEN VALINNAT TERVEYSPALVELUISSA .....	194
<i>Jari Vuori</i>	
KANSALAISET, ASIAKKUUS JA EUROOPAN UNIONIN VAIKUTUKSET TERVEYDENHUOLTOON.....	215
<i>Meri Koivusalo, Eeva Ollila ja Jonathan Tritter</i>	

### IV TOIMINTAMALLEJA JA NIIDEN ARVIOINTIA

NUORUUSIKÄISEN ITSEMÄÄRÄÄMINEN JA PAKOLLA AUTTAMINEN .....	237
<i>Riittakerttu Kaltiala-Heino ja Sari Fröjd</i>	
MAHDOLLISUUKSIEN KORI: LAPSEN KEHITYKSEN JA MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN .....	251
<i>Tytti Solantaus</i>	
HOITOSUOSITUKSET TUTKIMUSKOHTENA JA KEHITTÄMISEN TYÖVÄLINEENÄ .....	268
<i>Minna Kaila, Eeva Ketola, Marjukka Mäkelä, Taina Mäntyranta, Juha-Pekka Turunen ja Liisa-Maria Voipio-Pulkki</i>	
INFORMAATIOTEKNOLOGIAN KÄYTTÖNOTTO PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ TERVEYDENHUOLLON HAASTEENA.....	279
<i>Maritta Välimäki, Heli Hätönen ja Marita Koivunen</i>	

## Kirjoittajat

MARI AALTONEN, tutkija, Tampereen yliopisto

PENTTI ALANEN, professori emeritus, Turun yliopisto

ULLA ASHORN, tutkija, Tampereen yliopisto

LEENA FORMA, tutkija, Tampereen yliopisto

SARI FRÖJD, yliassistentti, Tampereen yliopisto

TEIJA HAMMAR, tutkija, Stakes

HELI HÄTÖNEN, tutkija, Turun yliopisto

MARJA JYLHÄ, professori, Tampereen yliopisto

RITA JÄHI, yliassistentti, Tampereen yliopisto

MINNA KAILA, ylilääkäri, Stakes

RIITTAKERUU KALTIALA-HEINO, ylilääkäri, vastuualuejohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

ILMO KESKIMÄKI, tulosaluejohtaja, Stakes

EEVA KETOLA, päätoimittaja, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

JUHA KINNUNEN, professori, Kuopion yliopisto

TUULA KIVINEN, ma. yliassistentti, Kuopion yliopisto

MARITA KOIVUNEN, tutkimus- ja kehittämisylilhoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri

MERI KOIVUSALO, erikoistutkija, Stakes

ANNE M. KOPONEN, tutkija, Helsingin Yliopisto; Folkhälsanin tutkimuskeskus

RITVA LAAMANEN, tutkimusjohtaja, Helsingin Yliopisto; Folkhälsanin tutkimuskeskus

JOHANNA LAMMINTAKANEN, post doc -tutkija, Kuopion yliopisto

JUHANI LEHTO, professori, Tampereen yliopisto

OLLI-PEKKA LEHTONEN, toimitusjohtaja, TYKSLAB, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

MIIKA LINNA, tutkimuspäällikkö, Stakes

KRISTIINA MANDERBACKA, tutkimuspäällikkö, Stakes

HENNAMARI MIKKOLA, tutkimuspäällikkö, Stakes

MARJUKKA MÄKELÄ, tutkimusprofessori, Stakes

TAINA MÄNTYRANTA, johtaja, Lääkehoidon Kehittämiskeskus ROHTO

EEVA OLLILA, erikoistutkija, Stakes

MARJA-LEENA PERÄLÄ, tutkimusprofessori, Stakes

SAMI PIKKOLA, ylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

JANI RAITANEN, tutkija, Tampereen yliopisto

ARJA RIMPELÄ, professori, Tampereen yliopisto

MATTI RIMPELÄ, tutkimusprofessori, Stakes

PEKKA RISSANEN, professori, Tampereen yliopisto

KATRI ROMPPAINEN, tutkija, Tampereen yliopisto

ANTTI SALONIEMI, professori, Tampereen yliopisto

NINA SIMONSEN-REHN, projektitutkija, Helsingin Yliopisto; Folkhälsanin tutkimuskeskus

TYTTI SOLANTAUS, tutkimusprofessori, Stakes

SAKARI SUOMINEN, professori (mvs.), Turun yliopisto; Folkhälsanin tutkimuskeskus

HELENA TASKINEN, erikoistutkija, Kuopion yliopisto

JUHA TEPERI, ohjelmapäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö

JONATHAN TRITTER, professori, Warwickin yliopisto

JUHA-PEKKA TURUNEN, koulutus-päällikkö, Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim

KRISTIAN WAHLBECK, tutkimusprofessori, Stakes

EEVA WIDSTRÖM, professori, ylilääkäri, Stakes

PEKKA VIRTANEN, yliopettaja, Tampereen yliopisto

LIISA-MARIA VOIPIO-PULKKI, hallintoylilääkäri, Kuntaliitto

JARI VUORI, professori, Kuopion yliopisto

SIRKKU VUORMA, vs. apulaisylilääkäri, Vantaan kaupunki

MARITTA VÄLIMÄKI, professori, Turun yliopisto

I

PRIORITEETIT –  
KOHDENNETAANKO  
RESURSSIT OIKEIN?





*Pentti Alanen*

## SEURAUSTEN HOIDOSTA SYIDEN POISTOON

Väestön terveydentilaa luonnehtii yksinkertainen yhtälö,  $P = I \times D$ ; sairaiden määrä riippuu uusien tapausten ilmaantumismäärästä aikayksikössä ja sairauden keskikestosta. Kun pidämme itsestään selvänä, että terveyspolitiikan tavoitteena on oltava mahdollisimman pieni sairaiden määrä, näemme tästä yhtälöstä, että tavoitteeseen voidaan päästä ehkäisemällä sairastumista ja lyhentämällä sairauden keskikestoa hoidon avulla. Molempia keinoja tarvitaan, ja todennäköisesti tarkoituksenmukainen terveyspolitiikka on näiden kahden tavan oikea yhdistelmä, joka välttämättömän hoidon lisäksi panostaa ehkäisyyn niin tehokkaasti, että hoidon suhteellisen osuuden voidaan toivoa ajan mittaan supistuvan ainakin kyseisenä ajankohtana tunnettujen terveysongelmien suhteen. Suomen viime vuosien terveyspolitiikkaa näyttää kuitenkin dominoineen keskittyminen vain toiseen näistä vaihtoehdoista, hoitoon, jopa ehkäisyyn kustannuksella. Tätä ajattelua heijastaa myös 2000-luvun alun Kansallinen terveysohjelma, joka on saanut arkipäiväisemmän nimen hoitotakuu.

Eräät suomalaisen terveydenhuoltopolitiikan piirteet ovat paradoksaalisia. Tätä nykyä Suomen väestö, joka on terveempää kuin koskaan ennen, on koko OECD:n alueella tyytyväisintä terveyspalveluihinsa, vaikka terveydenhuoltoon käytetty kansantulo-osuus on pari prosenttiyksikköä pienempi kuin OECD:n keskiarvo. Terveydenhoidon katsotaan silti olevan kriisissä tai ainakin väistämättä kriisiytymässä lähivuosien aikana. Uhkaavan kriisin yhtenä perussyynä pidetään väestön ikääntymistä ja siitä seuraavaksi oletettua kustannusten nousua. Lisääntyvä uhka ovat niin sanotut elämänta-

pasairaudet, joita aiheuttavat ennen muuta virheelliset ravintotottumukset, liikunnan vähäisyys ja niistä seuraava yleiskunnon lasku ja ylipaino. On esitetty visio, jonka mukaan aikuisiän diabeteksen ja sen aiheuttamien komplikaatioiden hoito tulisi maksamaan tulevaisuudessa yhtä paljon kuin koko erikoissairaanhoidon tällä hetkellä. Terveydenhuolto itsekin lisää kustannuksia kyetessään pysäyttämään sairauden tai hidastamaan sen etenemistä. Aikaisempina vuosikymmeninä potilas menehtyi, mutta nykyisin vastaavan sairauden uhrista tulee useasti kroonikko, lääkkeiden ja terveystalvelujen pitkäaikainen käyttäjä. Tuleva kriisi on siten kustannuskriisi, mutta yhteiskuntapolitiikan ja etiikan kannalta on ainakin yhtä huolestuttavaa, että kyseessä on myös sairauksien polarisaatiokriisi; sosioekonomisesti huonompiosaainen väestö sairastaa suhteellisesti enemmän kuin hyväosaainen väestö, vaikka tilanne absoluuttisesti korjaantuisikin heidänkin osaltaan.

Anders Bergman kirjoitti Terveydenhoitolehden ensimmäisessä vuosikerrassa jo vuonna 1889: ”Aikaisemmin, kun sairauksien syitä ei tunnettu, ei ollut muuta tehtävissä kuin sairaitten parantaminen. Usein oli lääkäri silloin voimaton. Jos yksi parantui, niin toinen tuli tilalle. Nyt ovat asiat toisin. Terveydenhoidon tehtävänä on estää sairastumista, ja jos niin käy, estää tautia levenemästä.” Hoitotakuun dominoimassa ilmapiirissä tuntuu hätkähdyttävältä ajatella, että terveydenhoitojärjestelmä olisi voimaton silloinkin, jos se kykenisi hoitamaan jokaisen sairastuneen terveeksi. Tämä ajatus on kuitenkin lopulta luonteva. Vaikka jokainen terveeksi hoidettu potilas itse hyötyy, hoitojärjestelmän kuorma ei koskaan kevene, jos ”toinen tulee tilalle”, uusi tapaus ilmaantuu aina ”itsestään” jostakin. Jos mitään ei tehdä sairastumisen estämiseksi, ei tilannetta saada koskaan hallintaan, olipa hoitotaito kuinka kehittyntä hyvänsä ja olipa hoitopalvelujärjestelmä piiskattu millaiseen tehokkuuteen tahansa. Jos hoito priorisoidaan aina ehkäisyn edelle – tai ehkäisyä ei edes oteta mukaan priorisointipäätöksiä tehtäessä – ja resurssit riittävät korkeintaan jo sairaiden hoitoon, olemme noidankehässä,

josta emme koskaan pääse pois, ellei uusien tapausten ilmaantumiselle voida mitään.

Aika yleisesti hyväksytään ajatus, että vain vaikuttamalla sairauksien syihin voimme toivoa pääsevämme tehokkaampaan terveydenhoitoon. Muun muassa Thomas McKeown totesi paljon huomiota herättäneessä kirjassaan *The Role of Medicine* (1979), että sairauksien ehkäisy on humanimpaa, vaikuttavampaa ja kustannustehokkaampaa kuin jo sairastuneiden hoito. Vuonna 2005 yhdysvaltalainen Leonard Syme, 50 vuotta alalla ollut tutkija, totesi: ”Jos kuvittelemme terveydenhoidon nyt olevan kriisissä, tulemme huomaamaan, että lähiaikoina tilanne vaikeutuu huomattavasti. Ainoa toivomme on panostaa ehkäisyohjelmiin. Sitä varten tarvitsemme muun muassa innovatiivisia tutkimuksia, jotka ovat läheisessä yhteydessä sosiaaliepideemiologiaan.”

Ajatus siitä, että ehkäisy johtaisi (kustannus)tehokkaampaan terveydenhuoltoon ei välttämättä kuitenkaan pidä paikkaansa ainaakaan lyhyen aikavälin tarkasteluissa. Eräät tutkimukset ja teoreettiset laskelmat viittaavat päinvastoin siihen, että sairauksien ehkäisy lisää terveydenhuollon kuluja. Tämän yllättävältä tuntuvan tuloksen selittää ehkäisyn omien kustannusten lisäksi pääasiassa se, että ehkäistyt sairaudet lisäävät elinaikaa ja antavat siten, kilpailevien kuolemansyiden poistuessa, myöhemmässä iässä tilaisuuden hitaasti ilmaantuvien sairauksien esiintymiselle. Toisen ja kolmannen asteen ehkäisy puolestaan lisää kroonikkojen määrää väestössä ja sitä kautta lääkkeiden ja muiden hoivapalvelujen tarvetta. Toisaalta on kuitenkin huomattava, että vaikka terveydenhuollon sektorin omat kulut kasvaisivatkin, tuloksena saadaan myös enemmän työkykyistä ja tuottavaa väestöä, joten kokonaisvaikutusten laskeminen on monimutkaista. Monet yhteiskunnan muiden sektorien toimenpiteet, vaikkapa liikenneratsiat, joiden avulla toivotaan vaikutettavan liikenneonnettomuuksien määrään, vaikuttavat terveydenhoidon tarpeeseen, mutta näistä toimenpiteistä aiheutuvia kustannuksia on laskutoimituksin käytännössä mahdotonta kohdentaa täsmäl-

lisesti terveydenhuollon sektorille – jos tällainen erillinen sektori-kohdentaminen on yleensä oikea tapa arvioida eri osien tarkoituksenmukaisuutta.

## Terveyspolitiikan tavoitteet ja toteutuvat käytännöt

Suomen terveyspolitiikan keskeisinä tavoitteina on tavanomaisesti pidetty vähäistä sairastavuutta ja terveydentilan riippumattomuutta sosioekonomisista tekijöistä. Lukuisat ajankohtaiset esimerkit osoittavat, että tätä riippumattomuutta ei ole onnistuttu saavuttamaan. Erityisen huolestuttavaa on, että terveyspolitiikka ei monilta osin edes näytä aktiivisesti pyrkivän tähän tavoitteeseen. Väestön polarisaatio terveyden ja sosioekonomisten tekijöiden suhteen on pikemminkin lisääntynyt. Terveydentilan polarisoitumisen jyrkentymisestä ja yhteydestä sosioekonomiseen asemaan on lukuisia viimeaikaisia esimerkkejä:

- miesten sairastavuuden ja kuolleisuuden sosioekonominen yhteys on vahvistunut
- koulumenestyjät syövät terveellisemmin ja noudattavat muitakin terveyskasvatusohjeita paremmin kuin heikommin menestyvät
- ylipaino, liikunnan vähäisyys, tupakointi ja alkoholin haittakayttö ovat yhteydessä sosiaaliluokkaan
- ehkäisyohjelmat tehoavat parhaiten ns. valkokaulustyöntekijöiden lapsiin
- osa pojista syrjäytyy murrosiästä lähtien, ja tämä syrjäytyminen on yhteydessä lapsen sosioekonomiseen lähtötasoon
- varusmiesten terveys on johdonmukaisessa yhteydessä armeijassa kaikille tehtävään p-arvon määrittämiseen (p-arvo on eräänlainen älykkyystestin ja osaamis/koulutustaso/muistamistestin yhdistelmä, jonka elementtejä ovat looginen päätte-

lykyky, avaruudellinen hahmotuskyky ja synonyymien tunnistuskyky).

Tämä polarisaatio näkyy konkreettisesti myös suun terveydenhuollossa. Suomessa saavutettiin 1970-luvulta lähtien kansainvälisesti huomattavan hyviä keskiarvotuloksia lasten hammassairauksien ehkäisyssä, mutta Tuomo Meriläisen väitöskirjasta (2004) käy ilmi, että noin 20 % ikäryhmästä on jäänyt yhä kauemmas keskiarvoista, eikä heidän osallaan ole tapahtunut juuri ollenkaan korjaantumista. Matti Läärä (2000) osoitti, että 20-vuotiaiden varusmiesten suun terveys sekä tutkimushetkellä että aikaisemman sairastamisen osalta oli aivan täsmällisessä yhteydessä edellä mainittuun p-arvoon: mitä parempi ”älykkyystestin” tulos, sitä paremmat hampaat, siitä huolimatta, että joka ikinen varusmies oli saanut 18 vuoden ikään saakka maksuttoman hoidon, johon hänet oli säännöllisesti kutsuttu vuosittain. Pia Meurmanin valmistumassa olevassa karieksen ehkäisyohjelman tutkimuksessa näkyy, että sama ehkäisyohjelma tehoi ns. valkokaulustyöntekijöiden lapsiin, muttei vähemmän koulutusta saaneiden vanhempien lapsiin. Koulumenestyksen ja suun terveyden yhteys on osoitettu monta kertaa Suomessakin. Sama yhteys on myös terveystavoissa ja hoidon säännöllisyydessä. Maksuttoman, ammattihenkilöiden hoitoon kutsumiseen perustuvan ylläpidon loppuessa 18 vuoden iässä itsenäisesti hoitoon hakeutuivat parhaiten ne, joiden koulun päättötodistuksen keskiarvo oli keskimääräistä korkeampi.

Selitys näille yhteyksille on tunnettu. Perheen terveystavat ja asenteet siirtyvät kodissa lapseen niin varhaisessa vaiheessa ja voimakkaana, että myöhempi, ammattilaisten antama terveystasotus ei kykene niitä helposti muuttamaan. Terveystasotaja on usein myös itse kiinnostuneempi terveydestä kuin hänen kasvatustavoitensa, eikä hän kykene tavoittamaan valistuksen kohteen ajatusmaailmaa ja sen arvojärjestyksiä. Tämä on eräänlainen koulutuksen paradoksi. Kunkin alan opettajat ovat yleensä menestyneet jo

koulussa kyseisessä aineessa keskimääräistä paremmin ja ovat siitä kiinnostuneita. Matemaattisesti, kielellisesti tai liikunnallisesti lahjakas henkilö ei elämyksellisesti löydä heikommin menestyvän oppilaan ongelman perussyitä osatakseen puuttua niihin. Kokemuksesta tiedetään, että huumeiden tai alkoholin käytön ongelmista selvinneet henkilöt ovat useinkin parhaimpia muiden samoista ongelmista kärsivien auttajia. Analogisesti voisi olla niin, että matematiikan, kielten tai terveystieteiden opettajan tulisi olla henkilö, jolle kyseisen alan oppiminen ja hyvien terveystietojen sisäistäminen on ollut erityisen vaikeaa. Ehkäpä lääkärin ja hoitajan tulisi itse olla sairaalloinen, jotta hänen kokemusmaailmansa vastaisi potilaiden kokemuksia. Silloin hän ehkä kykenisi vaikuttamaan niihin henkilöihin, joissa muutostarve on suurin. Ilman tätä taitoa terveystieteillä on helposti väestöryhmien välisiä eroja polarisoiva vaikutus.

Yksi syy siihen, miksi 1970- ja 1980-luvuilla Suomessa saavutettiin lasten suun terveyden paranemisen suhteen maailmanennätysluokkaa olevia tuloksia, saattoi ollakin siinä, että lasten vanhemmat olivat itse konkreettisesti kärsineet koko elämänsä ajan huonoista hampaistaan – olimme läntisten teollistuneitten maitten huonoimpia –, ja he halusivat vakavissaan, että heidän omat lapsensa eivät joutuisi kokemaan samaa tilannetta. ”Siperia oli opettanut.” Siksi annetut neuvot otettiin halukkaasti vastaan ja niitä myös noudatettiin kotona. 20 vuoden panostuksen jälkeen Suomi tunnettiin WHO:n suun terveydenhoidon mallimaana. Nykyiset nuoret äidit ja isät eivät ole itse samaa kokeneet, eikä sairauksien esiintyminen omilla lapsilla tunnu konkreettiselta uhkalta. Syyn ja seurauksen välinen ajallinen etäisyys on niin pitkä, että virheellisten elintapojen vaikutusta ei voida havainnollisesti osoittaa kellekään potilaalle. Lasten suun terveystilanne on Suomessa alkanut jälleen kääntyä uudestaan huonompaan suuntaan, emmekä enää voi ylpeillä nykyisillä tuloksilla.

## Markkinatalous – intuitiivinen suomalaisen terveystalouden ohjaaja?

Onko suomalaisessa terveystaloudessa jokin periaatteellinen vika, jos sosiaaliryhmien väliset erot näyttävät vain lisääntyvän, vaikka tavoitteeksi on koko ajan ilmoitettu, että eroja pitäisi voida supistaa? Mahdollisia selityksiä siihen, miksi terveystaloudessa ei ole johtanut ilmoitettua tavoitetta kohti, voivat olla muun muassa seuraavat:

Niin sanottujen sosialististen talousjärjestelmien romahdettua *markkinatalouden mallin koetaan intuitiivisesti sopivan kaikkien toimintaan*. Yksilön, potilaan tai asiakkaan, oman valinnan katsotaan toteuttavan niin sanottua demokraattista yhteiskuntaihannetta, jossa kukin tietää itse, mikä hänelle on parasta. Terveystaloustieteen oppikirjat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että markkinatalous ei sellaisenaan sovi terveydenhuoltoon useastakaan syystä. Yksi keskeisiä tekijöitä on tiedon epäsymmetria. Keskimääräinen kuluttaja ei yleensä osaa tehdä ”terveysmarkkinoilla” oman etunsa mukaisia ”ostoksia” – ja jos osaa, hän on keskimääräistä koulutetumpi ja hyvässä taloudellisessa asemassa. Niinpä yksilön vastuun korostaminen omasta terveydestään suosii automaattisesti sosioekonomisesti hyvässä asemassa olevia.

*Asiakaslähtöinen näkökulma korostaa itsestään myös hoidon ensisijaisuutta ehkäisyyn nähden. ”Asiakas” kokee hoidon tarpeen oireiden esiintyessä, mutta sairauden oikea-aikainen ehkäisy olisi tehtävä ennen oireiden esiintymistä.* Niinpä kysyntä markkinoilla kohdistuu väärään kohtaan sairausprosessissa, ja se väestönosa, joka osaa hakea itsenäisesti ehkäisyä etukäteen, tietää sairauksista enemmän kuin vähemmän koulutettu väestönosa. Hoidon näkökulma ohjaa myös piilevästi omaksuttuna asenteena koko terveydenhuoltoa koskevaa ajattelua. Tämä näkyy laatu keskustelussa, jossa laadulla tarkoitetaan aina jo sairaisiin kohdistuvien hoitotoimenpiteiden laatua. Sivuun jää se näkökohta, että onnistunut ehkäisy antaa au-



tomaattisesti hyvän laadun, alkuperäisen terveyden. Samalla tavalla priorisointikeskustelua käydään eri sairauksien hoidon ja väestöryhmien suhteen, mutta tästä vertailusta puuttuu säännöllisesti ehkäisyn ja hoidon keskinäisen suhteen priorisointia koskeva näkökulma. Terveydenhuollon tehostamisella tarkoitetaan myös aina jo sairaiden hoitoprosessin kustannustehokkuuden parantamista. Työnjako koetaan hoitotehtävien uudelleenjaoksi, jotta esimerkiksi kustannuksia voitaisiin säästää, mutta työnjakoa ehkäisyn ja hoidon välillä ei samassa yhteydessä tarkastella.

Samasta näkökulmasta seuraa, että väestötason ongelmia *pyritään ratkaisemaan yksilötason menetelmillä*. Hyvän hoidon on oltava yksilöön kohdistuvaa yksilöllisesti oikein tehtyä toimintaa, mistä helposti seuraa käsitys, jonka mukaan hyvä ehkäisykin tulee tehdä yksilöön oikein vaikuttamalla. Tämä on kuitenkin vain yksi – ja luultavasti tehottomin – ehkäisyn muoto. Tässä ehkäisyssä korostuu yksilötason neuvonta, terveysvalistus ja käsittely, joitten avulla *yksilöstä pyritään tekemään vastuullinen omasta terveydestään*. Jokainen voi luonnollisesti vaikuttaa elämäntavoillaan omaan terveydentilaansa, mutta koska hyvän terveyden perusta luodaan varhaisessa lapsuudessa, voi kysyä, millä tavalla syntymätön sikiö tai alle kouluikäinen lapsi voi olla vastuussa terveydestään, esimerkiksi vanhempiensa ja elinympäristönsä vaikuttavien ihmisten alkoholin, huumeiden ja tupakan käytöstä, tekijöistä, jotka vaikuttavat lapsen mahdollisuuksiin saada hyvät lähtökohdat terveydelleen.

*On todennäköisesti niin, että mitä enemmän terveydenhuollossa vedotaan ihmisten omaan yksilötason vastuuseen, sitä vahvemmin luodaan rakenteita, jotka vain lisäävät väestöryhmien välisiä terveyseroja.* On eettisesti kestävämpiä, että julkinen valta on Suomessa monissa yhteyksissä korostanut viime vuosina yksilön vastuuta omasta terveydestään. Valtiovallan edustajan sanomana viestiin näyttää sisältyvä moite: tulette liian kalliiksi yhteiskunnalle. Jos ongelmaa yritetään ratkoa esimerkiksi lupaamalla ”oikein” käyttäytyville kansalaisille bonuksia, etuja terveellisistä elintavoista, nämä edut tulevat lähes automaattisesti korkeampien sosiaaliluokkien jä-

senille. On luonnonlakimainen havainto, että huono-osaisuus kasautuu. Epäedulliset lähtökohdat saaneen lapsen ja nuoren tulisi käyttäytyä keskimääräistä terveellisemmin, vaikka hän on ympäristönsä kautta omaksunut todennäköisesti keskimääräistä epäterveellisemmät elintavat. *Yhteiskunta on vaativin heikoimmille jäsenilleen, jos se jättää vastuun terveydestä kansalaisille itselleen.* Niinpä terveyspolitiikan ytimessä tulisi olla – Symen ajatuksen mukaisesti – syvällinen analyysi siitä, millaisia ovat polarisaatiota ylläpitävät mekanismit ja millä tavalla terveyspolitiikka voisi näihin tekijöihin tehokkaimmin vaikuttaa. Se, että tällaista analyysiä ei ole tehty, osoittaa, että Suomessa ei oikeastaan ole tavoitteellista, korkeaan itseymmärrykseen perustuvaa terveyspolitiikkaa, on vain erillisiä esiin nousevia ongelmia, joita yritetään ratkoa toisensa jälkeen.

Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunnalle vuonna 2004 laaditussa mietinnössä (Ryynänen ym. 2004) todetaan – yhtenevästi Symen käsityksen kanssa –, että Suomen terveydenhoito on joutumassa kriisiin, johon voi auttaa vain sairauksien ehkäisy. Raportin laatijat ryhmittelevät ehkäisyn mahdollisuudet kolmeen osaan. *Rakenteellinen turvallisuus* on heidän mukaansa paras vaihtoehto, *lainsäädäntö* sitä heikompi ja *valistus* heikoin. Rakenteellisten menetelmien perustava etu väestöryhmien välisten erojen vähentämisessä on siinä, että ne eivät edellytä omakohtaista tietoa asiasta tai tietoista terveellistä käyttäytymistä. Esimerkkejä ovat vaikkapa liikennejärjestelmien rakenteet. Jos pyörätie on rakennettu riittävästi eroon autotiestä ja siten, että sen reitti on mieluisampi valita kuin autotien laidassa ajaminen, riski pienenee itsestään. Viranomaisen ylläpitämä kontrolli, kuten elintarvikevalvonta, tullilaboratoriot jne., poistavat rivikansalaiselta tarpeen tietää, uskaltaako jotakin tuotetta kaupasta ostaa. *Yhteiskunnan suojaeverkkoja ei voida poistaa ja korvata niitä yksilötason tiedon lisäämisellä tekemättä yhä monimutkaistuvasta maailmasta yhä vaikeampaa paikkaa sellaiselle henkilölle, jonka perusedellytykset, oppimiskyky ja lapsuuden elämänympäristö eivät ole väestön keskimääräisellä tasolla.* Taustalla on todennäköisesti liian optimistinen käsitys koulutuksen tehosta ja

oletus sen sosioekonomisia eroja tasaavasta vaikutuksesta. Voi olla päinvastoin: nykyinen koulumme saattaa lisätä sosioekonomisia eroja, jos sen vaatimustaso on yhtäläinen kaikille ja liian teoreettinen osalle nuorisoa.

Rakenteellinen turvallisuus, lainsäädäntö ja valistus eivät ole sellaisenaan rinnastettavia vaihtoehtoisia tapoja, jotka sulksivat toisensa pois. Erilaisilla lakinormeilla ei ehkä voida kovinkaan tehokkaasti vaikuttaa yksilöiden käyttäytymiseen, mutta lakien avulla voidaan ohjata tuotantoa ja kauppaa paljon tehokkaammin. Tupakointia ei saada kitkettyä pois kiellolla, mutta ravintolasta tupakointi saadaan poistettua lainsäädännön avulla. Samalla tavalla markkinoilta saadaan haluttaessa pois sellaiset tuotteet, jotka eivät täytä asetettuja normeja; valvonta on suhteellisen helppo järjestää. On todennäköisesti niin, että sairauksien polarisaatiota vastaan väestötasolla käytettävien peruskeinojen tulisi olla rakenteellisia riskien eliminointitoimenpiteitä. Yksilön vapauksiin elää elämänsä valitsemallaan tavalla tarvitsee puuttua sitä vähemmän, mitä paremmin tässä onnistutaan.

Valtiolla on keinoja vaikuttaa kansalaisten valintoihin rakenteellisten keinojen kuten haittaverojen avulla, mutta näitä keinoja käytetään varsin niukasti. Suun terveydenhoidossa on tästä useita selviä esimerkkejä:

Makeisveron kohtaloa voi pitää malliesimerkkinä epäpätevästä terveyspolitiikasta. Makeisvero poistettiin kymmenisen vuotta sitten Suomesta, vaikka liika sokerin käyttö on syy-yhteydessä paitsi hammaskarieksen esiintymiseen, myös epäterveellisiin ruokailuväleihin, jatkuvaan naposteluun eli niin sanottuun ”laiduntamiseen”, makeisiin välipaloihin, ”roskaruoan” suosioon, ylipainoon ja diabeteksen yleistymiseen. Veron poisto sai alkunsa siitä, että EU:n kilpailukomissaari katsoi Suomen suosivan omaa teollisuuttaan, kun eräät ksylitolituotteet oli vapautettu makeisverosta. Haittaverot terveyssyistä ovat hyväksytyjä myös EU:ssa, mutta nykyisenä näyttöä korostavana aikana ei ole voitu EU:n virkakoneiston mielestä sitovasti osoittaa, että ksylitoli olisi tehokkaampi karieksen ehkäisyssä

kuin muut samaan ryhmään kuuluvat makeuttajat. (Alan asiantuntijoiden mukaan tällainen näyttö on kylläkin olemassa.) Suomi olisi voinut joko poistaa makeisveron myös sorbitolin kaltaisilta makeuttajilta, joista kiistaa käytiin, tai palauttaa makeisveron myös ksylitolituotteille, mutta valittiin huonoin vaihtoehto, luovuttiin koko verosta. Tämän päätöksen jälkeen makeisten kokonaiskulutus on kaksinkertaistunut ja vaikutukset näkyvät monella tavalla. Suun terveys, ylipaino ja diabeteksen yleistyminen kulkevat käsi kädessä.

Kuopiossa lopetettiin 1990-luvun alussa kolmisenkymmentä vuotta ylläpidetty juomaveden fluoraus, vaikka se on useiden tutkimusten mukaan edelleen kustannustehokkain hammaskarieksen ehkäisykeino ja sillä saattaa olla merkitystä osteoporoosin ehkäisyssä. Vertailun vuoksi todettakoon, että yksilönvapauksia korostavassa USA:ssa noin puolet väestöä käyttää fluorattua juomavettä ja USA:n korkeimmat oikeusasteet ovat toistuvasti hylänneet vaatimukset juomaveden fluorauksen lopettamisesta ”pakkolääkintänä”. Juomaveteen lisätään melkein kaikkialla useita aineita veden laadun parantamiseksi, joka päivä käytettävään ruokasuolaan lisätään jodia, viljaan seleeniä, ja erilaisia hivenaineita myydään terveysyistä. Fluorin osalta vallitseva poikkeus on Suomessa todennäköisesti seurausta siitä, että asiaa hoidettiin täällä taitamattomasti.

Kouluihin on annettu tuoda sokerijuoma-automaatteja, vaikka niiden sisältämien tuotteiden epäterveellisyys sekä konkreettisesti että elintapaa ohjaavina signaaleina on tiedossa. Sektorisäästämisestä johtuen kunta voi saada edullisen kouluruokailutarjouksen siltä yrittäjältä, jonka virvoitusjuoma-automaatti saadaan tuoda koululle, mutta kunnan terveydenhuolto sitten maksaa saadun säästön moninkertaisena takaisin. Eräissä Suomen kunnissa nämä automaattit on viime vuosina saatu pois sillä ehdolla, että terveydenhuollon momenteilta korvataan koulujen oppilaskunnille menetetty tuotto! Automaattien poistamiseksi on annettu suosituksia, mutta selvästi vahvempi, rakenteellinen keino olisi tietenkin sallia automaatteihin vain terveellisiä välipaloja ja kohdistaa tuotevalvonnan ja haittaverojen avulla paine teollisuudelle, jonka tuotteis-

ta hyväksyttäisiin automaatteihin sijoitettavaksi vain sellaiset, jotka täyttävät tietyt viranomaisnormit. Yksinkertaista olisi myös poistaa valtionosuus sellaiselta kunnalta, jonka kouluissa ei noudateta annettua ohjetta.

Esimerkit osoittanevat, että julkinen valta ei ole halunnutkaan puuttua ongelmiin rakenteellisin keinoin terveystieteiden pienentämiseksi. Poikkeuksena on nykyisin tupakkapolitiikka, jossa on viime vuosina tehty oikean suuntaisia ratkaisuja rajoittamalla tupakkointia, mutta haittaveroja ei ole korotettu. Alkoholipolitiikassa sen sijaan on selvästi edetty virheelliseen suuntaan lisäämällä terveystieteiden alentamalla hintoja Viron liittyessä EU:hun. EU:n terveystieteiden ministerien yhteinen aloite alkoholin hinnankorotuksista ei ole ainakaan toistaiseksi toteutunut. Kansanterveydellisistä syistä alkoholin hintojen korotus tulisi kuitenkin tehdä välittömästi, riippumatta muiden maiden hintapolitiikasta.

Tyypillinen kehityskohde olisi rattijuoppojen saaminen pois liikenteestä. Tässä olisi helppo edetä rakenteellisella tavalla. Noin joka kolmannessa kuolonkolarissa on mukana alkoholi, ja rattijuoppojen aiheuttamat toistuvat liikenneonnettomuudet ovat kasvussa. Keinoksi on ehdoteltu alkolukkoja tms., mutta niiden kyky estää auton käyttöä on helppo kiertää. Tehokkain keino olisi rakenteellinen. Ajokortista voitaisiin helposti nykyteknologialla tehdä pankkikortin kaltainen väline, joka tarvittaisiin auton käynnistämiseen. Nykyisin kortin menettäminen on lainsäädäntöön perustuva kielto: *ei saa ajaa*. Tiedämme kuitenkin, että ajokortittomia ja ajokorttinsa menettäneitä kuljettajia, usein rattijuoppoja, on jatkuvasti liikenteessä, eikä heitä saada lopettamaan auton käyttöä kielloilla. Jos auton käynnistyksessä välttämätöntä korttia ei olisi joka hetki mukana, henkilö *ei voisi ajaa autoa*.

Erilaisten terveystieteiden keinojen suhdetta toisiinsa kuvitetaan usein ajatuksella hukkumiskuolemien vähentämisestä joko kehittämällä ammattilaisten ylläpitämä hengenvastusjärjestelmä, ”hoitotakuu”, kaikkien kansalaisten hyvä uimataito, ”vastuu itseltään”, tai suojaamalla vesistöjen rannat rakenteiden avulla niin, et-

tei kukaan voi joutua veden varaan, ”holhousvaltio”. Nämä hoitamisen ja ehkäisyn vaihtoehdot eivät ole toisensa pois sulkevia, mutta niiden käytettävyyden perustana on oltava syvälinen ymmärrys yksilön ja yhteiskunnan keskinäisestä suhteesta, yhteiskuntateoria, joka tuo näkyväksi terveydenhoidon piileviä olettamuksia ja niitä eettisiä perusteita, joiden ohjaamina terveystieteellisiä päätöksiä tehdään. Jos yhteiskunta haluaa vakavasti turvata myös haavoittuvimpien väestöosien mahdollisuudet hyvään terveyteen, sen on kyettävä selvittämään, millä tavalla rakenteellinen sairauksien ehkäisy saa sille kuuluvan perustehtävänsä toteutettua. Tämä koskettaa peruskäsityksiämme demokratiasta, oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta. Tulisiko tasa-arvoa ehkä mitata päätösten seurausten tasolla sen sijaan, että ihanteena pidetään tasaveroista osanottomahdollisuutta päätöksentekoon? Jäsentäisikö tällainen malli terveydenhoidossa ja sairauksien ehkäisyssä tarvittavan asiantuntemuksen oikealla tavalla yksilön vapautteen päättää itse elämästään?

## Kirjallisuus

- Bergman, Anders (1889) Pääkirjoitus. *Terveydenhoitolehti* 5/1889.
- Läärä, Matti (1999) Polarisation of caries and the explanatory background factors in a Finnish conscript population. Academic Dissertation. Turku: University of Turku.
- Meriläinen, Tuomo (2004) Occurrence, polarisation and progression rate of dental decay. Academic Dissertation. Turku: University of Turku.
- McKeown, Thomas (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Basil Blackwell.
- Meurman, P, Pienihäkkinen, K, Eriksson, A & Alanen, P (Submitted) Oral health programme for preschool children, a prospective, controlled study. *Int J of Pediatric Dentistry*.
- Ryynänen, O-P, Kinnunen, J, Myllykangas, M, Lammintakanen, J & Kuusi, O (2004) Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Eduskunta, Tulevaisuusvaliokunta Teknologian arviointeja 20. Helsinki.
- Syme, S Leonard (2005) Historical Perspective: The social determinants of disease – some roots of the movement. *Epidemiol Perspect Innov* 2:3.

*Matti Rimpelä ja Arja Rimpelä*

# KOULUTERVEYDENHUOLLON LAATU, OIKEUDENMUKAISUUS JA VAIKUTTAVUUS

Kouluterveydenhuollolla on viime vuoteen saakka tarkoitettu noin 700 000 peruskoululaisen ja lukiolaisen perusterveydenhuoltoa, jonka ytimiä ovat määräaikaiset terveystarkastukset, kouluympäristön terveellisyyden varmistaminen ja terveystieteiden opetus. Kouluterveydenhuoltoa on toteutettu näistä lähtökohdista vuoden 1972 kansanterveyslaista lähtien. Vuonna 2007 voimaan astuneella lainmuutoksella kouluterveydenhuolto rajattiin perusopetukseen (noin 580 000 oppilasta) ja sen sisältöä täsmennettiin. Lukiot siirrettiin opiskeluterveydenhuollon piiriin.

Kouluterveydenhuollon tutkimusta on Suomessa julkaistu vähän. Kansainvälisiä vertailuja kouluikäisten terveyspalveluista ei löydy. Palvelujen järjestämistavan eroja hahmottaa Suomen ja Ruotsin vertailu. Meillä kouluterveydenhuollosta vastaa terveystoimi, mutta Ruotsissa henkilöstö on koulutoimessa. Ruotsissa oppilaat kuuluvat työsuojelun piiriin samalla tavalla kuin aikuishenkilöstö, Suomessa työsuojelu rajoittuu vain työsuhteiseen henkilöstöön. Hollannissa ehkäisevät palvelut toimivat omana kokonaisuutena eikä esimerkiksi koululaisten terveystarkastusten yhteydessä voida määrätä hoitoja tai lääkkeitä. Kiinnostavia ovat myös monet Itä-Euroopan maat, joissa määräaikaistarkastuksia edelleen tehdään runsaasti ja lääkäri on toiminnan keskipisteessä. Kun toiminnan ympäristöt ja sisällöt ovat näinkin erilaisia, muiden maiden sinänsä niukasta tutkimuksesta ei ole mainittavaa tukea Suomen kouluterveydenhuollon kehittämisessä.

Stakesin Kouluterveyskyselyssä on vuodesta 1996 alkaen ollut pari kysymystä oppilaiden kokemuksista kouluterveydenhuollosta. Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen tutkijaryhmä keräsi yhdessä lääninhallituksen kanssa alustavia tietoja Länsi-Suomen läänin terveyskeskusten kouluterveydenhuollosta vuosina 1998–2000. Suomen Akatemian terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelma antoi aiheen jatkaa näitä teemoja laajemmassa kouluterveydenhuollon tutkimushankkeessa (KERTTU), jonka keskeisimmiksi teemoja ovat olleet laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus.

KERTTU-tutkimus on toteutettu osana Perusterveydenhuollon tutkimuskonsortiota (Perttu) Tampereen yliopiston ja Stakesin yhteistyönä. Tärkeimmät aineistot on saatu avoterveydenhuollon tilastoista, Kouluterveyskyselystä sekä peruskoulujen ja terveyskeskusten johdolle tehdyistä kyselyistä. Tässä luvussa 1) kuvataan kouluterveydenhuollon kehityksen pääpiirteitä, 2) esitetään katsaus KERTTU-tutkimushankkeen tuloksiin (Kivimäki ym. 2007a ja b; Happonen ym. 2007; Rimpelä ym. 2007a ja b; 2008a ja b; Wiss ym. 2007; Wiss & Saaristo 2007) ja 3) pohditaan näin hahmottuvaa kuvaa suomalaisen kouluterveydenhuollon laadusta, oikeudenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta.

## Ytimestä syrjään

Suomen kouluterveydenhuollossa kehittyi 1920-luvulta alkaen oma toimintalinja, jonka ytimenä olivat määräaikaisten terveystarkastukset ja niihin perustuva terveysneuvonta sekä tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja hoitoon ohjaaminen. Tämän toimintamallin erityispiirteitä olivat lasten perusterveydenhuollon yhdistäminen oppivelvollisuuskouluun, terveysisärien ja lääkärin tiivis parityöskentely ja tehtävien laajentaminen lasten terveydestä ja terveyskasvatuksesta kouluympäristön terveysvalvontaan. 1940-luvulla tavoitteeksi asetettiin koko lapsiväestön kattaminen. Koulutervey-



denhuolto säädettiin kuntien tehtäväksi. 1950-luvun loppuun tultaessa käytännössä kaikki kansakoulut ja niiden oppilaat olivat kuntien kouluterveydenhuollon piirissä.

Julkisen vallan yhteinen vastuu näkyi ohjauksessa ja kustannusten jakamisessa. Valtion tehtävänä oli varmistaa kouluterveydenhuollon yhdenmukaisuus. Lääkintöhallitus ja kouluhallitus ohjasivat sisältöä. Lääninhallitukset tukivat ja valvoivat ohjeiden toteutumista. Kouluterveydenhuollosta ja oppilaiden terveydestä kerättiin vuosittain yksityiskohtaista tietoa. Valtion osuus kustannuksista oli etenkin syrjäseuduilla merkittävä.

Vaikka kouluterveydenhuollosta kerättiin 1950–70-luvuilla melko paljon tietoa, kuntien välisiä mahdollisia eroja ei tuolloin ole raportoitu. Yleisenä käsityksenä oli kuitenkin, että koko maassa on yhdenmukainen ja kohtuullisen tasalaatuinen kouluterveydenhuolto. Tähän viittaa muun muassa kansanterveystoimikunnan (Komiteamietintö 1969) lausuma, kun kansanterveyslakia valmisteltaessa pohdittiin yksityiskohtaisempien säännösten tarvetta. Toimikunnan mukaan yksityiskohtaiset säännökset eivät olleet tarpeen, koska kunnat mieluummin ylittivät kuin alittavat tehtävänsä ehkäisevässä terveydenhoidossa.

Kansanterveystyön uudistuksessa purettiin kouluterveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan erityisjärjestelyt ja ne yhdistettiin kansanterveystyön yleiseen ohjaukseen ja valvontaan. Yksityiskohtainen seuranta supistui 1980-luvun alussa käyntitietoihin. Viimeinen kuntia velvoittava lääkintöhallituksen yleiskirje annettiin vuonna 1981.

Kouluterveydenhuolto jäi vähitellen sivuun kansanterveystyön kehittämisen ytimestä. 1980-luvulta löytyy vain vähän tilastotietoa ja kirjallisuutta kouluterveydenhuollosta. Viimeisin valtakunnallisesti ohjattu kehittämishanke toteutettiin 1980- ja 90-lukujen vaihteessa (ns. ITU-projekti). Oppivelvollisuusikäisten perusterveydenhuoltoa koskeva keskusteltu – sikäli kuin sitä yleensä käytiin – liittyi väestövastuu- ja omalääkärijärjestelmien kehittämiseen. Lääkintö-

hallituksen yleiskirjeen uudistamista valmisteltiin, mutta se muuntui normiohjauksen päättymisen jälkeen 1990-luvun alussa julkaisuksi oppaaksi (Terho & Vakkilainen 1993).

Kouluterveydenhuollosta alettiin kantaa huolta 1990-luvun laman jälkeen Stakesin asiantuntijaryhmän kannanotossa (Stakes 1993) ja tutkimuksissa taloudellisen laman vaikutuksista voimavaroihin (Latikka ym. 1995). Lipposen II hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja toimintasuunnitelmassa edellytettiin, että kunnat varmistavat kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon riittävät voimavarat (STM 1999). Valtiollinen ja ammatillinen informaatio-ohjaus tehostuivat nopeasti (ks. Kivimäki ym. 2007b). Vuonna 2002 lisättiin 0,7 prosenttiyksikköä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta kunnille ja keskeisenä perusteluna oli kouluterveydenhuollon tehostaminen. Vuonna 2004 sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto julkaisivat yhteisen laatusuosituksen (STM & Suomen Kuntaliitto 2004), jossa oli kahdeksan keskeistä teemaa:

- 1) Kouluterveydenhuolto on helposti saatavilla olevaa suunnitelmallista palvelua, jota seurataan ja arvioidaan.
  - 2) Kouluterveydenhuolto on olennainen osa oppilashuoltoa.
  - 3) Kouluterveydenhuollon palveluista tiedotetaan säännöllisesti.
  - 4) Toimiva kouluterveydenhuolto edellyttää riittävää, pätevää ja pysyvää henkilöstöä.
  - 5) Kouluterveydenhuollon käytössä on asianmukaiset toimitilat ja -välineet.
  - 6) Koululaisella on terveellinen ja turvallinen koulu yhteisö ja -ympäristö.
  - 7) Koululaisten hyvinvointia ja terveyttä seurataan terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla sekä luokan hyvinvointia arvioidaan.
  - 8) Koululaisen terveystietoa vahvistetaan ja terveyttä edistetään.
- Lisäksi korostettiin, että kouluterveydenhuoltoa tulee jatkuvasti seurata ja arvioida.

Vaikka viimeisen kymmenen vuoden aikana kouluterveydenhuolto on valtion näkökulmasta noussut uudelleen tärkeäksi alueeksi terveydenhuollon informaatio-ohjauksessa, sen seuranta ja arviointi on ollut hajanaista. Keskustelu terveydenhuollon laadusta ja oikeudenmukaisuudesta on keskittynyt sairaanhoitoon. Tuoreimmissakin pohdinnoissa (Teperi 2005; Teperi ym. 2006; Teperi & Keskimäki 2007) on vain ohimennen viitattu ehkäisevään työhön eikä kouluterveydenhuollosta ole lainkaan mainintoja. Terveydenhuollon menojen hillintää ja erityisesti rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyyn merkitystä siinä selvittäneessä valtioneuvoston kanslian julkaisemassa raportissa ei erikseen analysoitu kouluterveydenhuollon mahdollisia vaikutuksia (Pekurinen & Puska 2007).

## Katsaus tuloksiin

### *Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus*

Vuonna 1993 valtionhallinnon normiohjaus kansanterveystyössä purettiin ja korvattiin informaatio-ohjauksella (Oulasvirta ym. 2002; Kivimäki 2007a). Päävastuu kouluterveydenhuollon kehittämisestä siirtyi kunnille. Samalla poistettiin kansanterveyslaista säännökset, jotka velvoittivat kunnat laatimaan kansanterveystyön suunnitelman.

Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) ja laatusuosituksessa (STM & Suomen Kuntaliitto 2004) on korostettu hallinnollista suunnitelmallisuutta. Kun kyseessä on useiden hallintokuntien yhteistyö, tarvitaan hallinnollinen menettely, joka yhdistää strategisen ja operatiivisen suunnittelun ja mahdollistaa toiminnan seurannan ja arvioinnin. Kouluterveydenhuollon laaja yhteistyö vaatii tavoitteiden, vastuiden, sisältöjen ja voimavarojen kirjaimista. Kouluterveydenhuollosta tulisi vuosittain laatia suunnitelma ja toimintakertomus, jotka käsitellään sosiaali- ja terveystoimen ja koulutoimen luottamushenkilöhallinnossa.

Vuonna 2005 terveystieteiden tutkimuksen mukaan suunnitelmallisuudessa oli suuria vaihteluja terveystieteiden välillä (Kivimäki ym. 2007a). Noin 70 % terveystieteistä ilmoitti tehneensä suunnitelman. Kolmannes ilmoitti suunnitelman ja toimintakertomuksen. Noin neljänneksellä ei ollut kumpaakaan. Silloinkin kun asiakirjoja oli laadittu, ne olivat usein sisällöltään suppeita. Kaksi vuotta myöhemmin vajaassa kolmanneksessa terveystieteistä oli laatusuosituksen mukaisesti lautakunnan hyväksymä toimintasuunnitelma ja -kertomus ja lisäksi 6–7 % ilmoitti johtoryhmän hyväksymät asiakirjat. (Rimpelä ym. 2007a.)

### *Laatusuosituksen hyödyntäminen*

Kouluterveydenhuollon laatusuositusta oli käsitelty terveystieteiden hallinnossa varsin vähän. Vajaa puolet lautakunnista oli saanut sen tiedoksi ja vajaassa kymmenesosassa oli tehty päätöksiä suosituksen toimeenpanoista. Kaksi kolmesta terveystieteiden johtoryhmästä oli saanut suosituksen ainakin tiedoksi, keskustelua oli käynyt viidennes, mutta päätöksiä suosituksen johdosta oli tehty vain 14 %. Muutokset vuodesta 2005 vuoteen 2007 olivat vain muutaman prosenttiyksikön suuruusluokkaa, joskin viittasivat lisääntyvään aktiivisuuteen. Sivistystoimissa laatusuositusta oli käsitelty harvoin. Kolmannes luottamushenkilöelimitystä ja vajaa puolet johtoryhmistä oli saanut sen tiedoksi. (Rimpelä ym. 2007a.)

Kouluterveydenhuollon henkilöstö oli vuonna 2007 hyödyntänyt laatusuositusta selvästi enemmän kuin kaksi vuotta aikaisemmin. Kouluterveydenhoitajat olivat tehneet sen perusteella päätöksiä 60 %:ssa ja koululääkärit 35 %:ssa terveystieteistä. (Rimpelä ym. 2007a.)

### *Kustannukset ja henkilöstövoimavarat*

Kansanterveyslain tarkoittaman kouluterveydenhuollon (peruskoulut ja lukiot) kustannuksia seurattiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmään liittyneellä KETI-tietojen keruulla vuoteen 1992 saakka. Vuoden 2006 rahan arvoon muutettuna nämä luvut vastaavat noin 41 miljoonan euron tasoa. Suunnittelu- ja järjestelmän ja valtion normiohjauksen purkamisen jälkeen (1992) kunnilta ei ole kerätty tietoja kouluterveydenhuollon kustannuksista.

Vuoden 2007 terveyskeskuskyselyssä runsas puolet (56 %) vastasi, että kustannustietoja ei ole saatavissa kouluterveydenhuollosta. Yhteensä 72 terveyskeskusta ilmoitti joko kouluterveydenhuollon käyttömenotiedon tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yhdistetyn käyttömenotiedon olevan käytettävissä. Vain 21 terveyskeskusta ilmoitti kouluterveydenhuollosta erikseen myös euromäärän siten, että sitä voitiin pitää kohtuullisesti oikean tasoisena. Kouluterveydenhuollon kustannusten mediaani oli 68 euroa oppilasta kohti ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa yhdessä vastaavasti 51 euroa oppilasta kohti. Puolet ilmoitetuista kouluterveydenhuollon kustannuksista sijoittui välille 61–97 euroa oppilasta kohti vuonna 2006 ja yhdistetyistä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kustannuksista välille 48–64 euroa oppilasta kohti.

Kouluterveydenhuollon yhdenmukaisuutta on 1950-luvulta alkaen varmistettu suosituksilla henkilöstömitoituksesta. Laatusuosituksessa esitetään keskimääräisen henkilöstömitoituksen tunnusluvut, jotka perustuvat asiantuntija-arvioon määräraikastarkastusten, oppilaskäyntien ja muiden tehtävien hoitoon kuluva ajasta. Lääkärin ja terveydenhoitajan työpanosta tulisi tarkastella kokonaisuutena ja ottaa huomioon oppilaiden erityistarpeet ja myös muu oppilashuollon henkilöstö.

Vuoden 2005 kysely osoitti suuren vaihtelun terveyskeskusten välillä (Wiss ym. 2007). Kun kokopäiväistä terveydenhoitajaa kohti oli keskimäärin 650 oppilasta (suositus 600), vaihteluväli oli

300–1 217. Lääkäreiden osalta vastaavat luvut olivat 6 000 (suositus 2 100) ja 1 250–20 000. Vain 7 % terveyskeskuksista täytti lääkärisuosituksen ja 39 % terveydenhoitajasuosituksen. Terveydenhoitajamitoitus oli positiivisessa yhteydessä lääkärimitoitukseen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että lääkärivajausta ei ole korjattu lisäämällä terveydenhoitajien työpanosta. Vuoden 2007 terveyskeskuskysely vahvisti nämä tulokset. (Rimpelä ym. 2007a.)

Peruskouluille vuonna 2007 tehdyssä kyselyssä selvitettiin oppilashuollon henkilöstömitoitusta koulun näkökulmasta ja testattiin siihen kehitettyä tunnuslukua: tuntia viikossa 100 oppilasta kohti (Rimpelä ym. 2007b ja 2008a). Myös koulujen välillä todettiin valtavia eroja. Tulokset osoittivat, että oppilashuollon henkilöstöä ei johdeta kokonaisuutena: yhden ammattiryhmän mahdollista puutetta ei korvata lisäämällä toisen työpanosta.

### *Kouluterveydenhuollon käynnit ja laajennettu terveystarkastus*

Oppilaiden lukumäärään suhteutetut kouluterveydenhuollon käynnit alkoivat vähentyä jo 1980-luvun puolivälissä. Tämä kehitys on jatkunut laman jälkeenkin. Kunnat vähensivät kouluterveydenhuollon henkilöstöä ja karsivat toimintoja. Vuosina 1994–2005 lääkärikäynnit vähenivät 29 % ja muut käynnit (ensisijaisesti terveydenhoitaja) 14 % (Kivimäki ym. 2007b).

Kouluterveydenhuollon käynnit koostuvat koko vuosiluokalle suoritetuista määräaikaistarkastuksista sekä oppilaiden tarpeiden perusteella määräytyvistä sairauskäynneistä tai terveysneuvontakäynneistä. Määräaikaistarkastusten ei tulisi vaihdella terveyskeskusten välillä ja toisaalta alueelliset sairastavuuserot ovat siinä määrin pieniä, ettei niiden tulisi aiheuttaa merkittävää vaihtelua kouluterveydenhuollon käynneissä. Näin ollen vaihtelu selittyy pääosin palvelujen tarjonnan vaihtelulla.

Käyntien vaihtelua tutkittiin vuosina 1994–2005. Erot terveyskeskusten välillä olivat erittäin suuria. Koululääkärikäyntien vaihtelu lisääntyi, mutta muiden kouluterveydenhuollon käyntien vaihtelu vähentyi tämän jakson kuluessa. Vuonna 2005 koululääkärikäyntien mediaani oli 220 käyntiä 1 000:ta 7–18-vuotiasta kohhti, vaihteluväli oli 0–633. Muiden kouluterveydenhuollon käyntien vastaavat luvut olivat 1 695 (612–3 316). (Kivimäki ym. 2007b.)

Koko vuosiluokalle suoritettuja terveystarkastuksia on 1980-luvulta alkaen kritisoitu, koska yleisen terveydenhuollon tehossuudessa lasten somaattiset terveysongelmat tunnistettiin varsin hyvin muutenkin. Lappeenrannassa alettiin 1990-luvun puolivälissä kehittää ns. laajaa terveystarkastusta, jossa painotettiin lapsen psykisen ja koko perheen sosiaalisen hyvinvoinnin selvittämistä. Tarkastukseen kutsuttiin vanhemmat ja pyydettiin oppilaasta arvio opettajalta. Päätteeksi laadittiin yhdessä vanhempien kanssa henkilökohtainen hyvinvointi- ja terveysuunnitelma. Lisäksi oppilaiden tiedoista koottiin luokkakohtainen yhteenveto ja hyvinvointisuunnitelma. Kouluterveydenhuollon oppaassa ja laatusuosituksessa on suositeltu laajan terveystarkastuksen tekemistä kolme kertaa peruskoulun aikana.

Kysymys laajoista terveystarkastuksista vuoden 2007 terveyskeskuskyselyssä havainnollisti metodiset haasteet kouluterveydenhuollon nykytilan selvittämisessä. Suoran kysymyksen mukaan yli kolmannes terveystarkastuksista noudatti suositusta kolmesta laajasta terveystarkastuksesta ja yhdeksän kymmenestä teki ainakin yhden. Kun erikseen kysyttiin myös tärkeimmät sisällöt, vain 2 % teki laajat terveystarkastukset suosituksen mukaisesti. (Rimpelä ym. 2007a.)

Vuoden 2007 peruskoulukyselyn vastausten mukaan varsin monissa kouluissa johto ei tiennyt, millä luokka-asteilla ja millaisia terveystarkastuksia oppilaille tehtiin. Yhdenmukaisesti terveyskeskuskyselyn kanssa vain vajaa kymmenesosa 520 yläkoulusta ilmoitti, että laaja terveystarkastus toteutui lääkärin ja terveydenhoitajan

yhteistyönä ja että siitä tehtiin luokkakohtainen tilastoyhteenveto. (Happonen ym. 2007; Rimpelä ym. 2007b ja 2008a.)

### *Terveyskasvatus*

Terveyskasvatus on perinteisesti ollut kouluterveydenhuollon kolmas päätehtävä oppilaiden terveydentilan seuraamisen ja kouluympäristön terveellisyyden varmistamisen rinnalla. Vastuu opetussuunnitelmaan sisältyvästä terveyskasvatuksesta siirtyi aikaisempaa selvemmin osaksi opetusta 2000-luvun alussa, kun terveystiedosta tuli oma oppiaine. Laatusuosituksen mukaan kouluterveydenhuoltohenkilöstön tulisi osallistua terveystiedon opetussuunnitelman laatimiseen.

Vuonna 2007 peruskoulukyselyn mukaan joka toisessa yläkoulussa oli valmisteltu terveystiedon opetussuunnitelmaa yhteistyössä kouluterveydenhoitajan ja/tai koululääkärin kanssa. Kahdessa kolmesta koulusta terveydenhoitaja oli osallistunut ainakin kerran terveystiedon opetukseen. Seuraavaksi eniten osallistuiivat koulukuraattorit ja suuhygienistit. (Rimpelä ym. 2007b.)

### *Työolot*

Kouluterveyskyselyissä oppilaat ovat jo vuodesta 1996 alkaen ilmoittaneet varsin runsaasti ongelmia fyysisissä työoloissa. Nämä tulokset vahvistuivat peruskoulukyselyissä (Rimpelä ym. 2007b ja 2008a). Eniten haittaa aiheuttavat ilmanvaihto-ongelmat. Lähes joka viides (18 %) yläkoulu ilmoitti riittämättömän ilmanvaihdon haittaavaan erittäin paljon ja joka neljäs (23 %) melko paljon koulutyötä. Noin joka viides koulu ilmoitti vuosikorjausten laiminlyönnin tai puutteellisen siivouksen aiheuttavan ainakin melko paljon haittaa koulutyölle.



Jo lääkintöhallituksen ohjekirjeissä ja viimeksi laatusuosituksessa on korostettu, että kouluterveydenhuollon tehtävänä on ollut yhdessä kunnan terveydensuojeluviranomaisten kanssa tarkastaa suunnitelmallisesti kolmen vuoden välein kouluolojen terveellisyys. Peruskoulu- ja terveystieteiden kyselyjen yhteinen tulos oli, että vain noin joka kolmannessa terveystieteiden keskuksessa noudatettiin tätä suositusta. Vajaa viidennes terveystieteiden keskuksista ilmoitti, että koulujen työolotarkastuksia ei tehdä lainkaan. (Rimpelä ym. 2007a & b; 2008a.)

### *Oppilaiden kokemuksia*

Kouluterveyskyselyissä on vuodesta 1996 alkaen kysytty peruskoulun 8. ja 9. vuosiluokkien oppilaiden kokemuksia kouluterveydenhuollosta: ”Kuinka hyvin koulusi terveydenhuolto toimii silloin, kun oppilaat haluavat keskustella henkilökohtaisista asioistaan (esim. seksi, masennus)? Oletko siihen...”. Vuosina 2000–2006 oppilaiden arviot kouluterveydenhuollon toiminnasta henkilökohtaisissa asioissa ovat pysyneet lähes ennallaan. Suuri enemmistö oli tyytyväisiä (78–82 %) ja noin viidennes tyytymättömiä. Erittäin tyytymättömien osuus on pysynyt 4–6 %:n vaiheilla. (www.stakes.fi/kouluterveys.)

Vuonna 2007 kysyttiin, miten vaikeaksi oppilaat kokivat kouluterveydenhuollon vastaanotolle pääsemisen. Koululääkärin vastaanotolle pääsyn koki joka kymmenes (9 %) oppilas erittäin vaikeaksi ja reilu kolmannes (37 %) melko vaikeaksi.

### *Vanhempien osallisuus*

Peruskoulukyselyissä selvitettiin vanhempien mahdollisuutta osallistua oppilashuollon kehittämiseen. Vain joka kymmenes yläkoulu

vastasi, että vanhemmilla oli ollut mahdollisuus olla mukana oppilashuollon toimintamallien kehittämisessä. (Rimpelä ym. 2007b.)

Vain 4 % vanhempainyhdistyksistä ilmoitti osallistuneensa kouluterveydenhuollon palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Kysymykseen ”Onko vanhempainyhdistykselle annettu mahdollisuutta lukuvuonna 2007–2008 antaa palautetta kouluterveydenhuollosta?” vastasi 77 % ”ei lainkaan”, eikä yksikään vastanneista yhdistyksistä ollut osallistunut kouluterveydenhuollon suunnitelman laatimiseen. Joka kymmenes vanhempainyhdistys ilmoitti tehneensä aloitteita kouluterveydenhuollon kehittämiseksi. (Rimpelä ym. 2008b.)

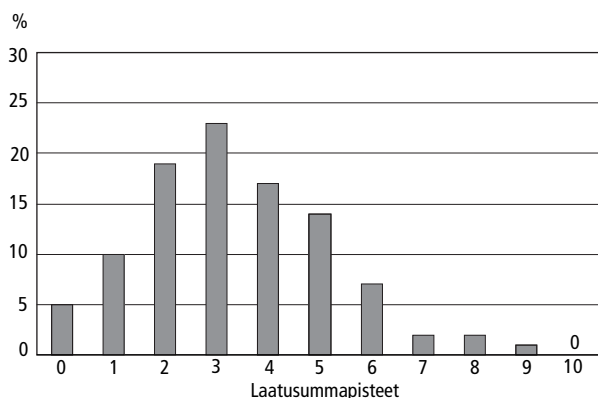
### *Laatu terveystieteissä*

Vuoden 2007 terveystieteiskyselyssä muodostettiin kymmenen laatuksiteerin summaindeksi kuvaamaan kouluterveydenhuollon ”kohtuullista” laatua (esim. tieto koululääkärin työpanoksesta riittä, taulukko 1, s. 42). Kyselyyn vastanneista 187 terveystietokeskuksesta 184 ilmoitti tiedon kuudesta tai useammasta laatuksiteeristä. Laatusumma laskettiin terveystieteskuskohtaisesti siten, että tiedon puuttuminen merkitsi 0 pistettä. (Rimpelä ym. 2007a.)

Terveystieteeksissä toteutui vuonna 2006 keskimäärin kolme kouluterveydenhuollon laatuksiteeriä. Viisi prosenttia ilmoitti seitsemän tai useampia laatuksiteereitä ja yhtä suuri osuus ei yhtään. (Kuvio 1, s. 43.) Myös kymmenen suurimman terveystieteskusken välillä oli suuria eroja. Eniten laatusummapisteitä sai Helsinki (9) ja Tampere (6). Kahteen tai sitä pienempään pistemäärään jäivät aakkosjärjestyksessä Espoo, Kouvola, seutu, Lahti ja Vantaa.

Taulukko 1. Kouluterveydenhuollon laatuksiteerit. Kriteerin täyttäneiden terveyskeskusten osuudet (= kyllä-vastanneet) ja puuttuvien tietojen osuudet prosentteina. (Lähde: Rimpelä ym. 2007a)

Laatukriteeri	Kyllä (%)	Ei tietoa (%)
1. Koululääkärin työpanos suhteutettuna oppilasmäärään on tiedossa	65	0
2. Oppilaalle peruskoulun jokaisella vuosiluokalla terveystarkastus	36	2
3. KTH:n laatusuosituksista keskusteltu/päätetty toimenpiteistä perusturva-/sosiaali-/terveyslautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	35	16
4. KTH:n toimintakertomus 2006 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	35	2
5. Sosiaali-/terveystoimen viranhaltijat osallistuneet perusopetuksen opetussuunnitelman valmisteluun	35	7
6. KTH:n toimintasuunnitelma 2007 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	34	2
7. Enintään 600 oppilasta/kokoaikainen kouluterveydenhoitaja	32	2
8. Koulujen työolot tarkastetaan suunnitelmallisesti joka kolmas vuosi	26	3
9. Terveyskeskuksessa päätös laajojen tarkastusten ajankohtia ja sisältöä koskevista yhteisistä käytännöistä + oppilaille kolme terveydenhoitajan ja lääkärin yhdessä tekemää terveystarkastusta, johon huoltaja osallistuu ja johon pyydetään opettajalta arvio oppilaan hyvinvoinnista	22	3
10. KTH:n laatusuosituksista keskusteltu/päätetty toimenpiteistä sivistys-/opetustoimen lautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	10	32



Kuvio 1. Terveyskeskusten jakauma (%) kouluterveydenhuollon laatusumman mukaan. (Lähde: Rimpelä ym. 2007a)

## Laadun hallinta laiminlyöty

KERTTU-tutkimuksessa on niukkoja tilastoaineistoja täydennetty useilla kyselyillä terveyskeskuksille, peruskouluille ja vanhempainyhdistyksille. Kaikkien näiden valmiudet raportoida vertailukelpoisia tietoja vaihtelivat paljon. Suurimmaksi haasteeksi nousee yhteisten käytäntöjen puuttuminen paitsi toiminnasta myös voimavarojen seurannasta.

Osassa terveyskeskuksia suunnitelmallisuutta, toimintaa ja voimavaroja kuvaavat tiedot löytyivät melko helposti ja vastaukset vaikuttavat luotettavilta. Toisaalta noin joka neljänestä terveyskeskuksesta tietoja ei useista yhteydenotoista huolimatta ole saatu lainkaan silloinkaan, kun kyselyn lähetteen ovat allekirjoittaneet sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Tulokset on mahdollisimman nopeasti raportoitu takaisin terveyskeskuksille. Tämä ei kuitenkaan ole – ainakaan toistaiseksi – tehostanut vertailukelpoista toiminnan ja voimavarojen seurantaa. Vuoden 2007

kyselyyn saatiin hieman huonompi vastausprosentti kuin kaksi vuotta aikaisemmin eikä vastausten laadussakaan näkynyt selvää paranemista.

KERTTU-tutkimuksen keskeiset teemat ovat olleet vaikuttavuus, laatu ja oikeudenmukaisuus. Kouluterveydenhuollon *vaikuttavuudesta* ei ole käytettävissä aikaisempia luotettavia tutkimustuloksia. Laatusuositukset perustuvat vakiintuneeseen hyväksi koettuun käytäntöön yhdistettynä asiantuntijanäkemyksiin. Kun vastaavaa kouluterveydenhuoltoa ei ole muissa maissa, kansainvälisestä kirjallisuudesta ei saada tukea vaikuttavuuden arviointiin. KERTTU-tutkimuksen ensimmäinen vaihe on keskittynyt kouluterveydenhuollon kehityksen ja nykytilan kuvaamiseen. Vasta sen jälkeen kun toimintaa ja voimavaroja voidaan kuvata riittävän luotettavasti, on mahdollista edetä vaikuttavuuden tutkimiseen.

Tulokset antavat erittäin huolestuttavan kuvan *kouluterveydenhuollon laadusta*, kun arviointiperusteena on sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton (2004) yhteinen laatusuositus. Vain muutamissa terveyskeskuksissa toiminnan sisältö ja voimavarat täyttävät kohtuudella laatusuosituksen vaatimukset. Asiakaslaatua kuvastavat jossakin määrin Kouluterveyskyselyn tulokset, joiden mukaan kouluterveydenhoitajan palveluihin ollaan useimmiten tyytyväisiä, mutta useissa kouluissa on vaikea päästä koululääkärin vastaanotolle.

Erityisesti on huomattava, että vanhempien mahdollisuus osallistua kouluterveydenhuollon kehittämiseen samoin kuin heidän aloitteellisuuteensa on ollut vaatimatonta. Kuitenkin juuri vanhempien tulisi yhteiskunnallisessa keskustelussa valvoa lastensa puolesta heidän peruspalvelujensa laatua. Näyttää ilmeiseltä, että suurin osa vanhemmista ei ole vielä tiedostanut, mitä peruspalvelujen – ja tässä tapauksessa kouluterveydenhuollon – laadun siirtyminen kuntien vastuulle on käytännössä merkinnyt.

Suomen terveyspolitiikan erityisenä tavoitteena on ollut alueellinen *yhdenmukaisuus*. Kouluterveydenhuollon käyntien mukaan

terveyskeskusten väliset erot olivat suuria jo 1990-luvun puolivälissä. Erityisen suurta vaihtelu on koululääkäreiden mitoituksessa. 1950-luvun jälkeen lääkäreiden työpanos kouluterveydenhuollossa on tuskin koskaan ollut niin pieni kuin tämän tutkimuksen aineistossa. Tietojen puuttuessa ei voi sulkea pois sitäkään mahdollisuutta, että terveyskeskusten välillä oli suuria eroja jo normiohjauksen aikana. Kymmenen viime vuoden aikana terveyskeskusten väliset erot ovat pysyneet ennallaan ja mahdollisesti jopa kasvaneet vuoden 2004 jälkeen.

Mitä nämä tulokset merkitsevät *oikeudenmukaisuuden* kehityksessä? Oikeudenmukaisuus tarkoittaa yhtäältä yhdenmukaisuutta samanlaisissa tilanteissa ja erilaisuuden hyväksymistä silloin kun tarpeet ovat perustellusti erilaisia. Kouluterveydenhuollon tulisi siis koko maassa olla melko yhdenmukaista ja toisaalta yksittäisissä kouluissa vastata niiden erityisiin tarpeisiin. KERTTU-tutkimuksen tässä vaiheessa tulokset ovat yhdenmukaisuuden näkökulmasta kiistattomat: Suomessa ei voi puhua yhdenmukaisesta kouluterveydenhuollosta. Päinvastoin toiminnan sisällöt ja voimavarat riippuvat erittäin paljon lapsen asuinpaikasta.

Tarpeeseen perustuvaa erilaisuutta ei ole vielä tutkittu. KERTTU-tutkimuksen kyselyaineistoja on mahdollista yhdistää kouluterveyskyselyjen aineistoihin ja näin päästään tutkimaan toiminnan sisällön, voimavarojen ja tarpeen välisiä yhteyksiä.

Tulokset vahvistavat alussa esitettyä käsitystä siitä, että kouluterveydenhuolto on siirtynyt syrjään kunnallisen perusterveydenhuollon kehittämisen ytimestä. Kritiikin keskeisin teema tiivistyy kysymykseen ja perusteluun: ”Miksi pitäisi tarkastaa terveitä lapsia? Kun kouluikäiset ovat väestön tervein ikäryhmä, terveydenhuollon niukkoja voimavaroja ei tulisi uhrata heidän tarkastamiseensa.” Vaikka kouluikäiset ovat keskimääräistä terveempiä, noin joka kymmenennellä heistä on jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma ja lähes joka kymmenes käyttää jotakin lääkärin määräämää lääkettä. Muutamat lasten ja nuorten somaattiset terveysongelmat ovat

lisääntyneet, esimerkiksi astma, allergiat, lihavuus, diabetes ja ke-  
liakia. (Rimpelä ym. 2004; Rimpelä 2006.) Kroonisten kansantau-  
tien kehityksessä lapsuus ja kouluikä ovat varsin ratkaisevaa aikaa.  
Oppimisvaikeudet voivat johtaa mielenterveyspulmiin ja häiriö-  
käyttäytymiseen ja mielenterveysongelmat vähentävät oppimisen  
edellytyksiä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on viime vuosina  
toistuvasti esitetty, että perusterveydenhuollossa tarvitaan lasten  
ja nuorten haasteisiin keskittyviä palveluja. Suomalainen koulu-  
terveydenhuolto tarjoaa valmiin rakenteen kouluikäisiin erikoistu-  
neelle perusterveydenhuollolle.

Toinen kritiikissä unohdettu tehtävä on kouluterveyden-  
huollon vastuu koulujen työoloista ja osallistuminen koko kou-  
luyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Koulutervey-  
denhuollon tulisi vastata samoihin haasteisiin kuin työikäisten  
työterveyshuolto. Oman erityispiirteensä ja osaamisvaatimuksensa  
tuo usean toimialan – sivistystoimen, sosiaalitoimen ja kansanter-  
veystyön – yhteistyö. Vaikka kouluterveydenhuolto kuuluu hallin-  
nollisesti kansanterveystyöhön, se toteutuu peruskouluissa osana  
oppilashuoltoa (Peltonen 2005). Oppilashuoltopalvelujen henki-  
löstön (koululääkäri, -terveydenhoitaja, -kuraattori ja -psykologi)  
tulisi toimia yhtenä tiiminä, ja sitä tulisi myös henkilöstöjohtami-  
sessa tarkastella kokonaisuutena silloinkin, kun nämä kouluhyvin-  
voinnin ammattilaiset sijoittuvat kolmeen eri hallintokuntaan.

Kouluterveydenhuollon kehittämistä vaadittaessa kuntien  
edustajat viittaavat mielellään terveydenhuollon muihin kustan-  
nuspaineisiin. Tuoreessa OECD:n terveystilinpitojärjestelmään pe-  
rustuvassa laskelmassa arvioitiin, että vuonna 2006 peruskoulu-  
jen ja lukion kouluterveydenhuoltoon käytettiin yhteensä noin 63  
miljoonaa euroa. Kouluterveydenhuollon osuus terveydenhuol-  
lon kokonaismenoista oli tämän laskelman mukaan samalla tasolla  
(0,5 %) kuin 1990-luvun puolivälissä (Moilanen ym. 2008). KERT-  
TU-tutkimuksessa saadut kustannustiedot viittaavat hieman alhai-  
sempiin kokonaiskustannuksiin, noin 50 miljoonan euron tasoon.

Kun kysymys on noin 580 000 peruskoululaisen ja 120 000 lukiolaisen peruspalveluista, kokonaiskustannukset ovat varsin vaatimattomat.

KERTTU-tutkimus pakottaa osaltaan kiinnittämään huomiota informaatio-ohjauksen rajoituksiin. Kouluterveydenhuollon laatusuositus on jäänyt perustyöntekijöiden tukiaineistoksi. Sen hyödyntäminen terveystieteiden johdossa on ollut harvinaista ja sivistystoimen hallinnossa vieläkin harvinaisempaa. Mikään käytävissä olevista tiedoista ei viittaa siihen, että laatusuosituksella olisi ollut merkittävää vaikutusta kouluterveydenhuollon keskimääräiseen kehitykseen Suomessa 2004–2007. Samalla on huomattava, että kehityssuunnat terveystieteissä ovat olleet erilaisia ja yksittäisissä terveystieteissä kouluterveydenhuolto on kehittynyt laatusuosituksen mukaisesti.

## Kirjallisuus

- Happonen H, Saaristo V & Rimpelä A (2007) Terveystarkastukset. Teoksessa Rimpelä M, Rigoff AM, Kuusela J & Peltonen H (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskoulussa – perusraportti kyselystä 7.–9. vuosiluokkien peruskouluille. Helsinki: Opetushallitus ja Stakes, 98–104.
- Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä M (2007a) Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. Suomen Lääkärilehti 62:61–67.
- Kivimäki H, Saaristo V, Kosunen E, Rimpelä A, Wiss K & Rimpelä M (2007b) Kouluterveydenhuollon käynnit 1994–2005. Toteutuiko tasa-arvo terveystieteiden välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44:207–215.
- Komiteamietintö 1969: A3. Kansanterveyskomitean mietintö. Helsinki 1969.
- Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E & Taskinen S (1995) Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. Suomen Lääkärilehti 50:349–353
- Moilanen J, Knape N, Häkkinen U, Hujanen T & Matveinen P (2008) Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2005 OECD:n terveystilinpitojärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa. Loppuraportti. Raportteja 16/2008. Helsinki: Stakes.



- Oulasvirta L, Ohtonen J ja Stenvall J (2002) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki.
- Pekurinen M & Puska P (2007) Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmä ja ennaltaehkäisymerkitys. Valtioneuvoston kanslian raportteja 4/2007. Helsinki.
- Peltonen H (2005) Kodin ja koulun yhteistyö. Teoksessa Peltonen H (toim.) Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Helsinki: Opetushallitus.
- Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Saarni L, Kautiainen S, Kaltiala-Heino R, Lintonen T & Rimpelä M (2004) Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. Suomen Lääkärilehti 2004:44:4229–35.
- Rimpelä A (2006) Health of adolescents and young people. In Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J & Teperi J (eds.) Health in Finland 2006:116–8. Helsinki: National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and Ministry of Social Affairs and Health.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E ja Rimpelä A (2007a) Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Työpapereita 32/2007. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä M, Rigoff AM, Kuusela J & Peltonen H. (toim.) (2007b) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa. Perusraportti kyselystä 7.–9. vuosiluokkien kouluilla. Helsinki: Opetushallitus ja Stakes.
- Rimpelä M, Kuusela J, Rigoff AM, Saaristo V & Wiss K (2008a) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. Perusraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluilla. Helsinki: Opetushallitus ja Stakes.
- Rimpelä M, Metso T, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A (2008b) Vanhempien osallisuus peruskoulun toimintaan ja oppilashuollon kehittämiseen. Julkaisemattomia tuloksia. Helsinki: Stakes/TedBM-hanke.
- Stakes (1993) Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasoista, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta. Stakesin lasten ja nuorison terveyspalveluiden asiantuntijaryhmä. Toim. S Kokko. Aiheita 42/1993. Helsinki: Stakes.
- Stakes (2002) Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Stakes.
- STM (1999) Valtioneuvoston päätös: Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Helsinki.
- STM & Suomen Kuntaliitto (2004) Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki.
- Teperi J (2005) Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa Heikkilä M, Kautto M & Teperi J Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Helsinki.
- Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila W, Keskimäki I (toim.) (2006) Riittävät palvelut jokaiselle? Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.
- Teperi J & Keskimäki I (2007) Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa Saari J &

- Yeung AB (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 274–291.
- Terho P & Vakkilainen EL (1993) Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Op-paita 16. Helsinki: Stakes.
- Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V & Rimpelä M (2007) Kouluterveydenhuollon henkilös-tössä suuria eroja. Suomen Lääkä-rilehti 62:53–59.
- Wiss K & Saaristo V (2007) Koulutervey-denhuollon suunnitelmallisuus ja henkilöstö. Teoksessa Rimpelä M, Rigoff AM, Kuusela J & Peltonen H (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskoulussa. Perus-raportti kyselystä 7.–9. vuosiluok-kien peruskouluille. Helsinki: Ope-tushallitus ja Stakes, 90–97.

*Ilmo Keskimäki, Kristiina Manderbacka ja Juha Teperi*

## OIKEUDENMUKAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA EDELLYTTÄÄ PALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTAMISTA

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveyspolitiikan keskeisistä tavoitteista. Terveyspalvelujen näkökulmasta peruseriaatteena on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle laadukkaat ja riittävät palvelut tarpeen mukaan riippumatta sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta. Terveydenhuollossa onkin useita tätä tavoitetta tukevia rakenteellisia tekijöitä. Palvelujärjestelmä on alueellisesti kattava, ja kaikilla Suomessa asuvilla henkilöillä on oikeus käyttää palveluita. Terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin, mikä tasaa niistä kansalaisille aiheutuvaa kustannusrasitusta maksukyvyyn mukaiseksi. Vaikka asiakasmaksut kohosivat 1990-luvun aikana kasvattaen potilaiden maksuosuutta terveydenhuollon kustannuksista, monet palvelumaksut ovat edelleen suhteellisen alhaisia ja osa palveluista on käyttäjilleen maksuttomia. Koko väestön kattava sairausvakuutusjärjestelmä korvaa sairastumisesta aiheutuvia kuluja ja tulonmenetyksiä. Alueellisia eroja terveyspalvelujen tarjonnassa on kavennettu 1970- ja 1980-luvuilla keskitetysti ohjatun suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla sekä 1990-luvulla kohdentamalla valtion rahoitusta väestörakenteen perusteella arvioidun palvelujen tarpeen ja kuntien taloudellisen aseman mukaan.

Tarkastelemme tässä artikkelissa aluksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä ja erityispiirteitä, jotka käsityksemme mukaan heikentävät palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta. Tämän jälkeen esittelemme, miten palvelujen sosioekonominen

eriarvoisuus on tutkimustulosten mukaan kehittynyt 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa, ja pohdimme, millaisia mahdollisia vaikutuksia rakenteellisilla tekijöillä on palvelujen saatavuuden sosioekonomisiin eroihin. Kirjoitus perustuu aiemmin julkaistuihin tutkimuksiin sekä Suomen Akatemian terveydenhuollon tutkimusohjelman hankkeen ”Alueellinen ja sosiaalinen eriytyminen vai sosioekonomiset erot: Miksi terveyspalvelujen saatavuus ja käyttö on eriarvoista?” tuloksiin.

## Omaleimainen ja heikosti integroitunut järjestelmä

Suomalainen avohoidon palvelujärjestelmä on useimpien muiden maiden järjestelmiin verrattuna omaleimainen: palvelutuotannossa on rinnakkaisia järjestelmiä ja niiden rahoitus on monikanavainen. Tämä on seurausta järjestelmän kehittämistoimista 1950-luvulta lähtien. Sairaalaverkoston voimakas kehittäminen 1950- ja 1960-luvuilla johti siihen, että 1960-luvun alkupuolella noin 90 % lääkäreistä työskenteli sairaaloissa. Palvelujen sairaalapainotteisuus korostui erityisesti siksi, että väestöön suhteutettu lääkäritiheys oli Suomessa tuolloin Euroopan pienimpiä ja sairaalapalveluiden käyttö oli potilaille avopalvelujen käyttöä edullisempaa.

Ennaltaehkäisyä painottavan terveydenhuollon ja sairauksia varhaisvaiheissa tehokkaasti diagnosoivan ja hoitavan palvelujärjestelmän kehittäminen oli vahva trendi 1960- ja 1970-luvuilla. Avohoitojärjestelmää kehitettiin kolmessa erillisessä, osin samanaikaisessa prosessissa uudistamalla palvelujen tuotanto- ja rahoitusrakennetta. Niitä ei kuitenkaan sovitettu yhdeksi kokonaisuudeksi, vaan palvelujen tuotantoon syntyi kolme erillistä järjestelmää.

Vuonna 1963 säädettiin vaiheittain voimaan tullut sairausvakuutuslaki, jonka perusteella maksettiin korvauksia sairauden aiheuttamista hoitokuluista ja työtulon menetyksistä sekä äitiyspäi-

värahaa. Sairausvakuutuslaki oli kuitenkin riittämätön tukemaan avopalvelujen tarjonnan kehitystä. Toinen kehittämisprosessi olikin terveyskeskusverkoston perustaminen vuonna 1972 säädetyllä kansanterveyslailla. Sen tarkoituksena oli siirtää terveydenhuollon painopistettä ehkäisevään terveydenhuoltoon ja avosairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkärien määrä melkein kolminkertaistui muutamassa vuodessa ja runsaassa kymmenessä vuodessa kansanterveystyön osuus terveydenhuollon voimavaroista nousi 10 %:sta yli 40 %:iin. Kolmas rinnakkaisprosessi liittyi työterveyspalvelujen kehittämiseen. Vapaaehtoista työterveyshuoltoa järjestettiin suurimmissa yrityksissä jo 1900-luvun alusta lähtien, mutta suurin osa pientyöpaikoista oli ilman vastaavia palveluja vielä 1970-luvulle tultaessa. Kansanterveyslain voimaantulo paransi pienten yritysten mahdollisuutta hankkia työterveyshuollon palveluja, joita terveyskeskukset tarjosivat myös yrityksille. Työterveyshuoltoa kehitettiin 1970-luvulla ja 1978 säädettiin työterveyshuoltolaki, jonka tavoitteena oli työperäisen sairastavuuden ennaltaehkäisy ja työterveyshuollon kattavuuden lisääminen. Vuosien 1964 ja 1995 välillä työterveyshuollon kattavuus nousikin hie-man yli 20 %:sta 80 %:iin työvoimasta.

Historiallisen kehityksen seurauksena perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan kolmessa rinnakkaisessa järjestelmässä: terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisvastaanotoilla. Potilaille käynnit ovat maksuttomia vain työterveyspalveluissa, joiden kattavuus on paras suurten ja keskisuurten työnantajien palveluksessa vakituisessa työsuhteessa olevilla. Yksityislääkäripalveluissa potilaiden omavastuuosuus on sairausvakuutuskorvauksesta huolimatta korkea (60–70 %). Merkittävä osa erikoissairaanhoidon avopalveluista – erityisesti ensikäynneistä – tuotetaan yksityissektorilla.

Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen eriytynyt kehitys 1990- ja 2000-luvuilla vaikuttaa palvelujärjestelmän nykytilanteeseen. Tämänkin kehityksen taustalla ovat terveydenhuoltojärjestelmän uudistukset. Vuoden 1991 alussa astui

voimaan erikoissairaanhoidolaki ja pääosin yksittäisiä sairaaloita hallinnoineista sairaalakuntainliitoista muodostettiin sairaanhoitopiirit, joihin kaikkien kuntien tuli kuulua ja joiden tehtävänä oli erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaminen. Sairaanhoitopiireistä muodostui vahva alueellinen toimija. Kaksi vuotta myöhemmin toteutettiin valtiosuusuudistus, joka heikensi terveydenhuollon valtiollista ohjausta, ja siirryttiin äärihajautettuun terveydenhuoltoon. Peruskunnilla on uudistuksen voimaantulon jälkeen ollut ainakin periaatteessa valta ja vastuu järjestää kaikki terveyspalvelut parhaaksi katsomallaan tavalla edellyttäen, että palveluista annettua väljää puitelainsäädäntöä noudatetaan. Päätöksenteon koordinoimattomuus ja hajautuminen sekä sairaanhoitopiirien vahva asema näyttävät heijastuneen terveydenhuollon voimavarakehitykseen. Erikoissairaanhoidon kehittämiseen on viime vuosikymmenen aikana panostettu ja lääkärimäärät ovat kasvaneet. Sen sijaan perusterveydenhuollossa lääkärimäärät ovat pysyneet suunnilleen ennallaan ja käyntimäärät ovat jonkin verran vähentyneet.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden kannalta kaikille avointen peruspalvelujen saatavuus on avainasemassa. Ne toimivat reittinä kaikkiin muihin terveydenhuollon palveluihin. Palvelujen hajanaisuus ja terveyskeskusjärjestelmän heikkenevä palvelukyky voikin vaarantaa kaikkien terveyspalvelujen oikeudenmukaisen kohdentumisen. Miltä palvelujen käytön kohdentuminen sitten näyttää tutkimustiedon valossa?

## Avohoidon palvelujen oikeudenmukaisuus

Terveydenhuollon palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuutta on Suomessa tutkittu jo pitkään. Tutkimusperinteen aloitti Kansaneläkelaitoksen Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen käynnistämä terveysturvan väestöhaastattelusarja 1960-luvun alussa. Tutkimusten antama kuva terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta on vii-

meisen 15 vuoden aikana täydentynyt, vaikka tiedot perustuvat edelleenkin erillistutkimuksiin.

Terveysturvan väestötutkimuksen mukaan sosioekonomiset erot terveysturvan käytössä asteittain vähenivät 1970- ja 1980-luvuilla, vaikka tutkimus osoittikin edelleen eroja muun muassa hammashuollon palveluissa (Nyman 1993). Tutkimussarjan antama kuva oli kuitenkin puutteellinen. Koska tutkimukset perustuvat väestötöksiin, palvelujen käyttöä kyettiin arvioimaan luotettavasti vain yleisimmässä avohoidon palveluissa, mutta harvemmin käytettyjä palveluita, kuten sairaalapalvelujen käyttöä, ei kyetty tutkimaan riittävän yksityiskohtaisesti. Vaikka palvelujen käytössä osoitettiin sosioekonomisia eroja (Häkkinen 1991), oli erojen suuruuden tulkinta vaikeaa, koska vertailu muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmiin puuttui.

OECD:n vuonna 2004 julkaiseman 21 jäsenmaan terveysturvan tuloryhmittäistä oikeudenmukaisuutta koskevan vuoden 2000 aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan lääkärisäkäynnit jakautuivat Suomessa selvästi suurituloisia suosivasti. Kun palvelujen tarve huomioitiin, oli Suomessa eriarvoisuus vertailtavista maista suurin ja samaa tasoa kuin Yhdysvalloissa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004). Myöhemmin Suomen tuloksia on täsmennetty selvittämällä lääkärisäkäyntien jakauman kehitystä 1980-luvun puolivälistä 2000-luvun alkuun sekä tarkastelemalla jakautumista palveluntarjoajan mukaan (Häkkinen & Alha 2006). Tutkimuksessa analysoitiin somaattisten avohoitopalvelujen käytön eriarvoisuutta palvelujen tarve vakioituna, ja se perustui terveysturvan vuosien 1987 ja 1996 väestötutkimuksien sekä Terveysturvan 2000 -tutkimukseen. Tutkimuksen mukaan käytisektoreittain eriarvoisuus ei juuri muuttunut tarkastelujaksolla, vaikka 2000-luvulla pienituloiset näyttivätkin hieman muita enemmän lisänneen käynntejään lääkärin vastaanotolla melkein kaikilla sektoreilla. Perusterveydenhuollon käynneistä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käynnit olivat jakautuneet pienituloisia suosivasti ja työter-

veyshuollon käynnit suurituloisia suosivasti, kun tarkasteltiin koko väestöä. Erikoissairaanhoidon osalta sairaaloiden poliklinikkakäynnit olivat jakautuneet suurin piirtein tasaisesti, kun taas käynnit yksityislääkärin vastaanotolla jakautuivat suurituloisia suosivasti.

Unto Häkkisen ja Pirkko Alhan (2006) tutkimuksen tulokset lääkäripalvelujen sektorikohtaisista jakautumista eivät ole yllättäviä, kun tiedetään, miten potilaat ohjautuvat käyttämään eri sektoreiden palveluja. Yksityissektorin palvelujen käyttöön liittyy korkeita palvelumaksuja. Työterveyspalvelujen ulkopuolelle jäävät työttömät sekä eläkeläiset, ja palvelujen kattavuudessaakin on todettu eroja. Muun muassa kausi- ja keikkaluonteisessa työssä työkentelevillä ja ammatillista koulutusta vailla olevilla työntekijöillä, jotka ovat yleensä muutenkin sosiaalisesti huonossa asemassa, työterveyspalvelujen kattavuudessa on suuria puutteita (Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Vuoden 2000 jälkeen lääkäripalvelujen käytön jakautumasta ei ole tarkkaa tietoa. Tiedot palvelujen käytön kohdentumisesta eri sektoreille antavat kuitenkin olettaa, ettei jakautuma olisi muuttunut ainakaan tasa-arvoisemmaksi. Palvelujen kokonaiskäyttö on painottunut aiempaa enemmän yksityis- ja työterveyspalveluihin, joita käytetään suhteellisesti enemmän ylemmissä tuloryhmissä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyntien osuus kaikista lääkärin vastaanotolla käynneistä on 2000-luvulla pienentynyt 45 %:sta 40 %:iin. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat muodostaneet noin viidennes osan kaikista käynneistä lääkärin vastaanotolla viime vuosikymmenten aikana. Viime vuosina selvimmin on lisääntynyt työterveyslääkärin vastaanotolla käyntien osuus, mikä tosin selittyyneen pääosin parantuneella työllisyydellä.

Aiemmissä tutkimuksissa avoterveydenhuollon palvelujen käyttöä ei juuri ole tarkasteltu käynnin syyn mukaan. Esimerkiksi ennalta ehkäisevien palvelujen käyttöä ei ole raportoitu sosioekonomisen aseman mukaan. Myös näiltä osin kuva palvelujen käytöstä on täydentynyt. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden kan-



nalta huolestuttavaa on, että Terveys 2000-tutkimuksen mukaan terveystarkastuksiin ja melkein kaikkiin yleisten kansantautien riskitekijöihin sekä näköön ja kuuloon liittyviin seulantatutkimuksiin sekä terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisessa todettiin kummallakin sukupuolella selvät sosioekonomiset erot: mitä korkeampi sosioekonominen asema, sitä useampi oli käyttänyt näitä palveluita (Koponen & Alha 2006).

## Sairaalahoidon käytön sosioekonomiset erot

Sairaalapalvelujen käytön sosioekonomisia eroja on Suomessa muutamia yksittäisiä tutkimuksia lukuun ottamatta tutkittu vasta 1990-luvun alkupuolelta lähtien, jolloin muodostettiin ensimmäiset laajat sairaaloiden hoitoilmoitusrekisterien ja väestölaskentojen yhdistämiseen perustuvat tutkimusaineistot. Tutkimuksissa on muun muassa selvitetty sairaalapalvelujen käyttöä hoidon syyn tai hoitojakson aikana suoritettujen toimenpiteiden mukaan (Keskimäki 1997). Näiden rekisteriaineistoihin perustuvien tutkimusten mukaan yleissairaalahoidon kokonaismäärä on vaihdellut Suomessa sosiaaliryhmittäin samalla tavalla kuin sairastavuus. 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun puolivälissä pienituloiset käyttivät sairaalapalveluja enemmän kuin suurituloiset (Keskimäki 2003). Hoidon sisällössä oli kuitenkin kumpanakin ajankohtana eroja, jotka eivät näytä liittyvän palvelujen tarpeeseen. Kirurgisia toimenpiteitä tehtiin sitä enemmän, mitä ylemmstä tuloryhmästä oli kyse. Sairastavuustietojen perusteella tämän suuntaisia eroja ei ole syytä odottaa.

Muun muassa sepelvaltimotoimenpiteiden yleisyydessä oli 1980-luvun lopulla jyrkkiä sosiaaliryhmien välisiä eroja. Vuonna 1988 ylemmille toimihenkilömiehille tehtiin neljänneksen enemmän ohitusleikkauksia kuin työntekijämiehillä, vaikka sepelvalti-

motautisairastavuutta suhteellisen hyvin kuvastava sepelvaltimo-  
tautikuolleisuus oli ylemmillä toimihenkilöillä vain noin puolet  
työntekijöiden kuolleisuudesta.

Sosioekonomiset erot sairaalapalvelujen käytössä ja niiden  
taustalla olevat syytekijät tulevat näkyviin erityisesti ei-kiireellisissä,  
elektiivisissä toimenpiteissä. Näiden toimenpiteiden tarkastelu  
on terveydenhuoltojärjestelmää arvioitaessa tärkeää siksi, että nii-  
hin liittyvät hoitopäätökset sisältävät paljon harkintaa toimenpi-  
teen tarpeellisuudesta sekä ajoituksesta ja kuvastavat sen takia ter-  
veydenhuollon hoito- ja päätöksentekoketjujen toimintaa.

Terveydenhuollon kehityksen painottuminen erikoissairaanhoidon  
hoitoon 1990-luvun alun laman ja valtionosuusuudistuksen jälkeen  
on näkynyt henkilöstölisäyksinä ja palvelujen tuotannon kasvuna.  
Erityisen selvästi kasvu on ollut nähtävissä eräissä elektiivisissä kir-  
urgisissa toimenpiteissä. Esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleik-  
kausten ja pallolaajennusten yhteenlaskettu vuosittainen lukumää-  
rä enemmän kuin kaksinkertaistui 1990-luvun alusta 2000-luvun  
alkupuolelle. Kasvu oli yhtä suurta kaihileikkauksissa. Kaikkien toi-  
menpiteiden määrät eivät kuitenkaan ole lisääntyneet. Kehitys hei-  
jastanee palvelujärjestelmän päätöksentekijöiden käsityksiä toi-  
menpiteiden kustannusvaikuttavuudesta.

Palvelujen tarjonnan muutokset ovat heijastuneet myös pal-  
velujen käytön sosioekonomisiin eroihin. Tarkastellessamme tulor-  
ryhmittäisten erojen kehitystä elektiivisessä kirurgiassa 1990-luvun  
alusta 2000-luvun alkuun totesimme kolme trendiä (Mander-  
backa ym. 2008a). Ensimmäinen liittyi tuloryhmien välisten ero-  
jen tasaiseen vähenemiseen sepelvaltimotoimenpiteissä, toinen tu-  
loryhmien välisten erojen kasvuun 1990-luvun alkupuolella sekä  
sitä seuraavaan laskuun 1990-luvun loppupuolella ja 2000-luvul-  
la kaihileikkauksissa ja miehillä polven tekonivelleikkauksissa, sekä  
kolmanneksi koko tarkastelujakson samankaltaisena säilynyt hyvä-  
tuloisia suosiva kohdunpoistojen ja selän välilevytoimenpiteiden  
tuloryhmäjakauma. Toimenpiteiden tarjonnan voimakas lisäänty-

minen sepelvaltimotoimenpiteiden, kaihileikkausten ja myös polven tekonivelleikkausten osalta näyttäisikin vähentäneen sosiaaliryhmien välisiä eroja ja siten edistäneen oikeudenmukaisuutta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että nämäkään toimenpiteet jakautuisivat palvelujen tarpeen mukaan. Verrattuna sepelvaltimotautikuolleisuudella tai -ilmaantuvuudella arvioituun tarpeeseen sepelvaltimotoimenpiteet kohdentuvat edelleen selvästi hyvätulaisia suosien (Lumme ym. 2008). Polven ja lonkan tekonivelleikkausten indikaationa olevan artroosin yleisyyden tiedetään myös lisääntyvän ylemmistä alempiin tuloryhmiin (Aromaa & Koskinen 2002).

Olemme myös selvittäneet hyvinvoinnin vajeiden kasautumisen vaikutuksia elektiivisiin kirurgisiin toimenpiteisiin pääsyyn 2000-luvun alkuvuosina (Manderbacka ym. 2008b). Tulosten mukaan näyttää siltä, että erityisesti työikäisessä väestössä paitsi tuloköyhyys myös pitkäaikainen työttömyys ja miehillä yksin asuminen vähensivät ensimmäiseen elektiiviseen toimenpiteeseen pääsyä. Tutkimuksen mukaan huono-osaisuuden riskiä lisäävien tekijöiden vaikutukset olivat tilastollisesti osittain riippumattomia toisistaan ja näin ollen kasautuva huono-osaisuus entisestään pienensi todennäköisyyttä päätyä elektiiviseen kirurgiseen toimenpiteeseen. Kaihileikkausten todennäköisyyttä huono-osaisuus sen sijaan näytti pikemmin lisäävän.

Suhteutettuna sosiaaliryhmien välisiin eroihin avohoidon lääkäripalveluissa tiedot sairaalapalvelujen käytön eroista eivät ole yllättäviä. Ei-kiireellinen sairaalahoito edellyttää avohoidossa toimivan lääkärin lähetettä. Niinpä avohoitoon pääsyyn vaikuttavat tekijät heijastuvat sairaalalähetteen kautta myös sairaalapalvelujen käyttöön. Eräissä kunnallisissa sairaaloissa tehdyissä elektiivisissä toimenpiteissä yksityislääkärin lähettämien potilaiden osuus on huomattavan suuri. Tällaisia toimenpiteitä ovat muun muassa kohdunpoistoleikkaukset, joissa vuonna 2003 hoitoilmoitusrekisterin mukaan noin 50 % potilaista oli saanut lähetteen yksityislääkäriltä. Kaihileikkauksissa vastaava osuus oli 80 %, lonkan ja polven

primaareissa tekonivelleikkauksissa vajaa kolmannes ja sepelvaltimotautitoimenpiteissä, joissa sosioekonomiset erot olivat tuolloin vähenemässä, osuus oli vain 7 %. Osittain yksityislääkärien suuri osuus sairaalaläheteissä selittyy sillä, ettei kaikilla erikoisaloilla ole juuri tarjolla kunnallisia avohoidon palveluja. Potilaan taloudelliset mahdollisuudet käyttää yksityislääkärien palveluita näyttävät lisäävään todennäköisyyttä päätyä elektiiviseen kirurgiseen toimenpiteeseen.

Suomessa yksityispalveluita on perinteisesti tarkasteltu julkisen sektorin palvelujen täydentäjänä. Kansainvälisesti tilannetta on arvioitu eri näkökulmasta. Suomen terveystaloutta 1990-luvun alussa arvioinut WHO:n asiantuntijaryhmä kiinnitti huomiota yksityissektorin asemaan terveydenhuollossa ja totesi, että sairausvakuutuksen tukemat yksityissektorin palvelut ovat saattaneet vääristää kunnallisen erikoissairaanhoidon rakennetta (WHO 1991). Valtaosalla yksityissektorilla toimivista lääkäreistä on myös kokopäivätyö julkisella sektorilla. Tämä on oletettavasti vaikuttanut kunnallisten sairaaloiden haluun kehittää yksityissektorin kanssa kilpailevia avopalveluja, mikä on vahvistanut sairaalapalvelujen saatavuuden eriarvoisuutta ylläpitävää avopalvelujen rakennetta.

Myös suomalaisessa sairaalajärjestelmässä on ollut potilaita sosiaalisen ja taloudellisen aseman mukaan eriarvoistavia rakenteita. Maaliskuuhun 2008 saakka kunnallisissa sairaaloissa toimii ns. erikoismaksuluokkajärjestelmä, jossa maksamalla hoitopäivälisämaksun sekä palkkioita hoitaville lääkäreille potilas saa mahdollisuuden valita lääkäriinsä. Tutkimustulokset erikoismaksuluokan vaikutuksesta jonotusaikoihin ovat olleet ristiriitaisia. On luultavaa, että järjestelmää on jossain määrin käytetty jonon ohittamiseen ja hoitoon pääsyn nopeuttamiseen. Järjestelmä päätettiin vuonna 2004 lakkauttaa siirtymäajan jälkeen, eivätkä sairaalat ole perustaneet tilalle lakkautuksen yhteydessä korvaavaksi järjestelmäksi lainsäädännössä kehitettyjä erikoispoliklinikoita. Sen sijaan yksityissairaaloiden käyttö, joka aiemmin oli Suomessa vähäistä, on viime vuosina lisääntynyt.

## Oikeudenmukaisuus palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa

Terveydenhuollon laadusta ja hoidon lopputuloksista on Suomessa vähän tutkimustietoa. Palvelujen laadun epäsuoran arvioinnin menetelmäksi on tutkimuskirjallisuudessa ehdotettu terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta (mortality amenable to health care). Käsite viittaa kuolemiin, jotka olisivat ainakin ikääntyneimpiä potilaita lukuun ottamatta vältettävissä, jos saatavissa on tehokkaita ja oikea-aikaisia terveystalvueluita (Nolte & McKee 2004). Omassa tutkimuksessamme olemme käyttäneet lähtökohtana Nolten ja McKeen esittämää listaa vältettävissä olevista kuolinsyistä, jotka olemme aiempia tutkimuksia soveltaen jakaneet edelleen alaryhmiin sen mukaan, millaisilla terveydenhuollon toimenpiteillä kuolleisuuteen voidaan vaikuttaa. Tämän mukaisesti luokittelimme kuolinsyyt ensin sellaisiin, joissa kuolema voitaisiin estää mahdollisimman varhaisella diagnoosilla ja hoidolla. Tärkeimpiä tämän ryhmän kuolinsyistä ovat syöpätaudit, jotka voidaan parantaa taudin varhaisessa vaiheessa. Toinen suuri ryhmä vältettävissä olevista kuolemista liittyy kuolinsyihin, jotka voidaan estää vaikuttavalla hoidolla. Ne voidaan edelleen jakaa kuolinsyyryhmiin sen mukaan, annetaanko vaikuttava hoito pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon vaikutettavissa oleviin kuolinsyihin kuuluvat muun muassa epilepsia sekä diabetes- ja astmakuolema alle 50-vuotiaana. Erikoissairaanhoidoon liittyviä ovat puolestaan muun muassa keuhkokuume, sepsis, umpilisäkkeen tulehdus sekä eräät yleensä hoitoon hyvin reagoivat syöpätaudit.

Suomessa tapahtui 1990-luvun alun ja 2000-luvun alun välisenä aikana vuosittain 1–74-vuotialla miehillä ja naisilla noin 2 000 vältettävissä olevaa kuolemaa (Keskimäki ym. 2008). Kokonaiskuolleisuudesta vältettävistä ovat kuolemat kattoivat miehillä noin 14 % ja naisilla 27 %. 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun

kuolleisuus vältettävissä oleviin kuolemiin laski sekä miehillä että naisilla jonkin verran nopeammin kuin kokonais- tai tautikuolleisuus. Vältettävissä olevissa kuolemissa keskimääräinen vuosittainen lasku oli 3–3,5 % ja kokonais- ja tautikuolleisuudessa 2,5–3 %. Vältettävissä oleva kuolleisuus ei kuitenkaan vähentynyt samalla tavoin kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Sosioekonomiset erot kasvoivat, koska kuolleisuus laski ylemmillä tuloryhmillä alempia nopeammin. Tuloryhmien väliset erot aikuisten (25–74-vuotiaat) kokonaiskuolleisuudessa ja vältettävissä olevassa kuolleisuudessa kasvoivat suhteellisesti samalla tavoin 1990- ja 2000-luvulle. Miehillä ylimmin ja alimman tuloviidenneksen kuolleisuusero kasvoi hieman alle kolminkertaisesta hieman yli nelinkertaiseksi. Naisilla erot kasvoivat 2–2,5-kertaisesta noin kolminkertaiseksi.

Niissä kuolinsyissä, joissa terveydenhuollon vaikuttavuus perustuu taudin varhaiseen diagnoosiin ja hoitoon, tuloryhmien väliset erot olivat pienempiä kuin kaikessa vältettävissä olevassa kuolleisuudessa tai kokonaiskuolleisuudessa. Tämä selittyy pienillä eroilla vältettävissä olevassa syöpäkuolleisuudessa. Terveydenhuollon kannalta huolestuttavaa on, että kun 1990-luvun alussa ei systemaattisia eroja tuloryhmien välillä ollut, tutkimusjakson aikana eroja kuitenkin ilmaantui ja 2000-luvun alussa naisilla alimmasa tuloviidenneksessä kuolleisuus hoidettavissa oleviin syöpiin oli noin 50 % ja miehillä noin 30 % korkeampi kuin ylimmässä viidenneksessä.

Vaikuttavalla hoidolla estettävissä olevat kuolemat kattoivat miehillä noin kolmanneksen ja naisilla noin viidenneksen kaikista vältettävistä olevista kuolemista. 1990-luvun alussa alimman tuloviidenneksen kuolleisuus näihin kuolinsyihin oli 5,5-kertainen ylimpään viidennekseen verrattuna. 1990-luvun aikana ylimmän ja alimman tuloviidenneksen kuolleisuusero vielä kasvoi yli kymmenkertaiseksi. Näihin kuolemiin johtavia erilaisia syytekijöitä ei tunneta tarkkaan, mutta tulokset viittaavat terveystalouden saatavuudessa ja laadussa oleviin sosioekonomisiin eroihin. Pääosin

perusterveydenhuollossa tapahtuvalla hoidolla vaikutettavissa olevat kuolemat muodostavat pienen osan (3–5 %) kaikista vaikutettavissa olevista kuolemista. Ottaen huomioon terveydenhuollon eri sektoreilla 1990-luvulla tapahtuneen kehityksen on huolestuttavaa, että näissä kuolinsyissä tuloryhmien väliset erot kasvoivat vuosikymmenen aikana erityisen voimakkaasti.

## Rakenteet johtavat palvelujen epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen

Uudet tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, että Suomessa on varsin suuria sosiaaliryhmien välisiä eroja terveystalouden käytössä sekä laadussa ja että eroja esiintyy järjestelmän eri osissa. Terveydenhuollon painopisteillä, organisoinnilla ja rahoituksella on osuuteensa eroihin.

Viime aikoina haasteeksi ovat nousseet pitkäaikaissairaudet. Haasteeseen vastaaminen edellyttää sairauksien synnyn sekä jo puhjenneiden sairauksien aiheuttamien elämänlaadun ja toimintakyvyn menetysten ehkäisyä. Palvelujärjestelmän toiminnan painopiste näyttäisi kuitenkin kehittyvän vastakkaiseen suuntaan kuin väestön terveysongelmista johdetut kehittämistavoitteet edellyttävät. Tarkkaa tietoa koko ehkäisevän toiminnan laajuudesta ja kehityksestä ei ole. Yleinen asiantuntijakäsitys kuitenkin on, että ehkäisevä työ ei peruspalveluissa ole kehittynyt riittävästi. Kroonisten sairauksien hoidon osalta tutkimustieto tukee käsitystä, että sairauksien hoito vastaa huonosti hoitosuosituksia ja hoitotavoitteet toteutuvat huonosti (Vuorma ym. 2007).

Nykyisessä ohjausjärjestelmässä terveydenhuollon päätöksenteko on hajautettu kunnille, jotka eivät ole pystyneet tehokkaasti käyttämään saamaansa valtaa, vaan osa siitä on siirtynyt sairaanhoitopiireille ja erikoisalueille. Terveydenhuollon eri sektoreiden voimavarojen kehitys tukee kuntien edustajien esittämää väitettä,

että isojen tuottajaorganisaatioiden vahva neuvotteluasema ja kuntien vaikea taloudellinen tilanne on johtanut peruskunnissa järjestettyjen palvelujen suhteelliseen heikkenemiseen.

Estettävissä olevan kuolleisuuden keskimääräisen tason melko nopea aleneminen osoittaa välillisesti terveydenhuollon merkityksen kasvua väestön terveyden määrittäjänä. Tutkimustulokset vältettävissä olevien kuolemien sosioekonomisten erojen kasvusta viittaavat siihen, että palvelujen laadussa ja lopputuloksissa olisi kärjistymässä olevia eroja ja että sekä ehkäisyn että hoidon vaikuttavuus on puutteellista erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Rakenteelliset tekijät näyttävät myötävaikuttavan palvelujen epäoikeudenmukaiseen kohdentumiseen. Tilanteen korjaamiseksi tarvitaankin järjestelmän rakenteiden uudistamista. Toimiva perusterveydenhuolto on avain oikeudenmukaiseen terveydenhuoltoon. Ehkä tärkein yksittäinen terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta edistävä linjaus olisi terveyskeskusten palvelukyvyn vahvistaminen.

Suuri osa väestöryhmien välisistä terveyseroista syntyy ja välittyy elinoloihin ja elintapoihin liittyvien tekijöiden vaikutuksesta. Vaikka niihin vaikutetaan myös muilla päätöksenteon alueilla, on palvelujärjestelmälläkin tehtävää. Samalla kun yksilötasolla tuotettavien ehkäisevien palvelujen kehitys on turvattava, on vahvistettava palvelujärjestelmän kykyä tukea yleisempää terveyden edistämistä.

Tietoa terveydenhuollon palvelujen käytön ja laadun kohdentumisen ongelmista kertyy vuosi vuodelta lisää. Ongelmat näyttävät korostuvan heikommassa sosiaalisessa asemassa olevien palveluisa. Vaikka terveydenhuollossa on jo pitkään puhuttu vaikuttavuuden varmistamisen välttämättömyydestä, meiltä puuttuvat toimitavat käytännöt palvelujen kattavuuden ja laadun systemaattiselle varmistamiselle koko järjestelmän toiminnassa. Tällaisen järjestelmän luominen on erityisen tärkeää pyrittäessä oikeudenmukaisesti toimiviin palveluihin.



Asiakasmaksut vaikuttavat voimakkaasti pienituloisten talouksien palvelujen käyttöön. Viime vuosina maksujärjestelmä on kehittänyt lukuisten irrallisten päätösten yhteisvaikutuksena. Muutoksissa on korostunut taloudellinen ja hallinnollinen rationaali. Parhaillaan työskentelevän valtioneuvoston vuonna 2007 asettaman sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelevan ns. SATA-komitean yksi tehtävä on laatia ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollossa sovellettavien maksukattojen yhdistämisestä. Tämän tärkeän työn lisäksi tulisi peruspalveluja koskeva maksupolitiikka arvioida kokonaisuudessaan, erityisesti palvelujen rahoittamisen ja käytön oikeudenmukaisuuteen pyrkien.

Tässä artikkelissa on tarkasteltu monikanavaisen rahoituksen puitteissa syntyneitä rinnakkaisten avopalvelujen tuotantojärjestelmien kokonaisuutta. Järjestelyn ongelmiin on toistuvasti kiinnitetty huomiota Suomen järjestelmää arvioivissa ulkopuolisissa katsauksissa, viimeksi OECD:n julkistaessa Suomen terveydenhuoltoa koskevan arvion vuonna 2005 (OECD Reviews of... 2005). Asiaa ei ole kuitenkaan edistytty. Rahoitusjärjestelmän kytkennät taloudellisiin ja muihin valtakysymyksiin tekevät uudistamisesta hyvin vaativan prosessin. Tuntuukin ilmeiseltä, että ilman laajapohjaista poliittista yhteisymmärrystä hakevaa komiteatyypistä valmistelua on hyvin vaikeaa päästä eteenpäin.

Edellä on korostettu järjestelmän rakenteisiin liittyviä uudistustarpeita. Myös uusilla toimintatavoilla voidaan vaikuttaa palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuuteen. Luopumatta universaalien, kaikille palveluja tarjoavan järjestelmän vahvuuksista tulisi pohtia uusia keinoja varmistaa, että eniten palveluja tarvitsevat suomalaiset myös niitä saavat. Suomessa on vain eräissä poikkeustapauksissa sovellettu esimerkiksi kohdistettuja kutsukäytäntöjä. Työttömille suunnattujen terveystalvelujen kehittämisen lisäksi tarvittaisiin ilmeisesti myös muita suurten terveystalvelujen ryhmille aktiivisesti suunnattavia palveluja.

Viime vuosien aikana karttuneet tutkimustulokset osoittavat selkeästi, että Suomessa on terveydenhuollon palvelujen kohdentumisessa kansainvälisesti vertaillen suuria ongelmia. Ongelmien korjaaminen on mahdollista, mutta tarvitaan määrätietoista rakenteisiin puuttumista. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksesta saatujen kokemusten jälkeen tulisi arvioida, onko valtiovallan käytettävissä olevia ohjaukeinoja nyt vahvistettava vai riittääkö lainsäädännön nykyistä aktiivisempi käyttö.

## Kirjallisuus

- Aromaa A & Koskinen S (2002) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002.* Helsinki.
- van Doorslaer E, Masseria C & OECD Health Equity Research Group (2004) *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries.* In: *The OECD Health Project. Towards high-performing health systems.* Paris: OECD, 109–166.
- Häkkinen U (1991) *Terveyden ja terveyspalvelujen tarpeen mukaisen käytön tasa-arvo Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1991; 28:233–297.*
- Häkkinen U & Alha P (2006) *Avohoitopalvelut.* Teoksessa Häkkinen U & Alha P (toim.) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot.* Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B10/2006. Helsinki, 32–41.
- Keskimäki I (1997) *Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland.* Research Reports 84. Helsinki: STAKES.
- Keskimäki I (2003) *How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care?* Social Science & Medicine 2003;56:1517–30.
- Keskimäki I, Manderbacka K, Arffman M, Turunen H, McCallum A & Leyland A (2008) *Socioeconomic differences in mortality amenable to health care in Finland in 1992–2003.* Julkaisematon käsikirjoitus.
- Koponen P & Alha P (2006) *Terveydenhoidon palvelut, seurantatutkimukset ja terveyden edistäminen.* Teoksessa Häkkinen U & Alha P (toim.) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot.* Kansanterveyslaitoksen julkaisu B10/2006. Helsinki.
- Lumme S, Leyland AH & Keskimäki I (2008) *Multilevel modeling of regional variation in equity in health care.* Medical Care. (In press.)
- Manderbacka K, Arffman M, Leyland A, McCallum A & Keskimäki I (2008a) *Change and persistence in health care inequalities: Access to elective surgery in Finland in 1992–*

2003. *Scandinavian Journal of Public Health*. (In press.)
- Manderbacka K, Arffman M, Karvonen S & Keskimäki I (2008b) Huono-osaisuus terveydenhuollossa: sosioekonomiset erot elektiiivisessä kirurgiassa. *Suomen Lääkärilehti* 63:2025–2031.
- Nolte E & McKee M (2004) Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. Nuffield Trust 2004. <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/21404avoidablemortality2.pdf>>
- Nyman K (1993) Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveystalvelujen käytön eroista. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Helsinki.
- OECD reviews of health systems – Finland (2005) Paris: OECD.
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L, Ervasti J, Huuhtanen P, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Lindström K, Manninen P, Mikkola J, Reijula K, Riala R, Salminen S, Toivanen M & Viluksela M (2006) Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vuorma S, Keskinen S, Koponen P, Lehtonen O-P, Koskinen S & Aromaa A (2007) Kohtaavatko hoitokäytäntö ja suositus? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta. *Suomen Lääkärilehti* 2007:62:4125–4130.
- WHO (1991) Health for all policy in Finland. World Health Organisation. Copenhagen: Regional Office for Europe.

*Pekka Virtanen, Katri Romppainen, Rita Jähi ja Antti Saloniemi*

## TYÖTERVEYTTÄ TYÖTTÖMILLEKIN, MUTTA MITEN?

Brittiläinen terveyskeskuslääkäri Julian Tudor Hart lanseerasi *Lancet*-lehdessä vuonna 1971 käsitteen ”inverse care law” (Hart 1971). Tämä ”käänteisen hoidon laki” kuuluu: ”Hyvän terveydenhuollon saatavuus tahtoo olla käänteisessä suhteessa väestön palvelutarpeeseen.”<sup>1</sup> Hart osoitti, että saatavuuden ja tarpeiden lainomaisesti nurinkurinen suhde liittyy varallisuuteen: köyhemmät käyttävät vähemmän ja heikommitasoisia terveyspalveluja kuin rikkaammat, vaikka köyhemmillä on enemmän terveysongelmia.

OECD-maita vertailevan raportin perusteella laki näyttää pätevän myös 2000-luvun Suomessa (van Doorslaer & Masseria 2004). Työkäisellä väestöllä nurinkurisuus kytkeytyy vahvasti työmarkkina-asemaan: vakinaisessa työssä oleva suomalainen käy lääkärissä 3,1 kertaa mutta pitkäaikaistyötön vain 2,4 kertaa vuodessa, vaikka ensin mainituista 18 % ja jälkimmäisistä 48 % kokee terveytensä huonoksi ja vähintään yhdestä pitkäaikaissairaudesta ilmoittaa kärsivänsä työttömistä 71 % ja työssä olevista 53 % (Virtanen ym. 2006). Ero johtuu siitä, että vakinaiset työntekijät voivat yleisesti hoidattaa sairautensa työterveyslääkärillä. Lisäksi he käyvät useammin yksityislääkärissä. Terveyskeskuskäynnit sen sijaan ovat yleisempiä työttömillä (1,9 vs. 0,9 käyntiä vuodessa). Myös patkutyöläiset käyvät vakinaisia useammin terveyskeskuksessa ja harvemmin työterveyshuollossa.

Sairauskäyntiä työterveyslääkärillä voidaan pitää osoituksena siitä, että henkilö kuuluu myös lakisääteisen ennalta ehkäisevän työterveyshuollon piiriin. Suomessa toimii yli 700 työterveysyksik-

<sup>1</sup> The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.

köä, joissa työskentelee noin 1 000 päätoimista ja 800 osa-aikais-  
ta lääkäriä, noin 2 600 työterveyshoitajaa, noin 800 fysioterapeut-  
tia ja noin 400 psykologia (Kauppinen ym. 2007). Merkittävä osa  
näiden ammattilaisten työpanoksesta on työolojen terveellisuuden  
seurantaa ja työyhteisöjen hyvinvoinnin edistämistä, terveystarkas-  
tuksia, terveysneuvontaa ja työkykyä tukevaa toimintaa. Kaikki tä-  
mä siis kattaa parhaiten vakinaiset työntekijät. Työhön sisältyvien  
ammattitauti- tai uupumusriskien torjumiseksi ehkäisy- ja suoje-  
lutoimien painottumista heihin voi pitää perusteltuna. ”Hyvään työ-  
terveyshuoltokäytäntöön” (Manninen ym. 2007) sisältyy kuitenkin  
paljon sellaista terveyden edistämistä, joka tuntuisi olevan myös ja  
erityisesti paikallaan työttömien ja pätkätyöläisten parissa. Suora-  
naisesti terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten lisäksi  
kuntoutustoimet ja terveysneuvot voisivat välillisesti tukea heidän  
paluutaan työelämään tai työuran vakiinnuttamista.

Työterveyshuolto siis toimii sitä paremmin, mitä vakiintu-  
neempia työurat ovat. Toisaalta ”epänormaali”, työttömyysjaksoja  
ja epätyypillisiä työsuhteita sisältävät työurat ovat yleistyneet. Sekä  
yksittäisen työntekijän osalta että väestötasolla on yhä perustel-  
lumpaa kysyä, riittävätkö nykytilanteessa muut palvelut kompen-  
soimaan puutteellisen tai puuttuvan työterveyshuollon vai olisiko  
palvelurakenteita uudistettava. Uudistusten varalta tarvitaan tut-  
kimustietoa myös siitä, miten organisoituna palvelut toimivat toi-  
votulla tavalla. Työuraterveydenhuolto-tutkimus (TYÖTE) pyrkii  
vastaamaan tähän tiedontarpeeseen.

## Perusterveydenhuoltoa vai työterveyshuoltoa työttömille?

Jo 1990-luvun lamavuosina kiinnitettiin huomiota siihen, et-  
tä työttömyys ei syrjäytä vain työstä vaan myös terveyspalveluista.  
Puuttuvaa työterveyshuoltoa korvaamaan ja työvoimatoimistojen

palveluja täydentämään käynnistettiin lukuisia terveys- ja sosiaali-palveluhankkeita (Tervahartiala ym. 1996; Pajukoski 1998; Pohjola ym. 1999). Raportit toteutetuista hankkeista rajoittuvat yleensä toiminnan kuvaukseen. Tietoa toimien vaikuttavuudesta tai siitä, ovatko ne johtaneet pysyviin palvelujen muutoksiin, ei juuri ole. Myös kansainvälisistä tietokannoista löytyvät julkaisut ovat pääasiassa argumentointia työttömille tarkoitettujen terveyspalvelujen puolesta (Harris ym. 1998; Ytterdahl 1999; Matoba & Ishitake 1999).

Yksiselitteistä näyttöä Suomen oloissa hyvistä käytännöistä ei siis ole, mutta tarve kehittää palveluja on ilmeinen. Valtion talousarvioon vuodelle 2007 onkin varattu 1,5 miljoonan euron määräraha pitkäaikaistyöttömien terveystarkastushankkeeseen, jonka tavoitteena on aktivoida paikallista kokeilu- ja kehittämistoimintaa ja tuottaa näkemys hyvistä työttömien terveydenhuoltokäytännöistä. Kunnille maksetaan myös 2 miljoonaa euroa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin tarkoitettua lisävaltionosuutta.

Terveyspoliittisista asiakirjoista ei ole luettavissa, halutaanko työttömille tarkoitettuja palveluja kokeilla ja kehittää osana kansanterveystyötä vai työterveyshuollon tyyppisenä toimintana. Lakeja lukien ratkaisu on yksiselitteinen: koska työterveyshuolto edellyttää työsuhdetta, työtön kuuluu terveyskeskukseen tai yksityissektorille kuten kaikki muutkin, jotka eivät käy työssä. Kyse on siis kansanterveystyön resurssien, organisaatioiden ja sisältöjen suunnastamisesta vastaamaan työttömien erityistarpeita. Järjestelmällisen terveyspalvelun organisoiminen työttömille ei ole yksinkertaista. Omissa 90-luvun hankkeissamme (Nygård ym. 1995; Virtanen ym. 1997; Kaukiainen ym. 1998) totesimme, että henkilökohtaisestikin kutsuttaessa melko pieni osa työttömistä tulee terveystarkastukseen ja osallistuu työllistymiskykyä edistäviin ohjelmiin. Tämä työttömien parissa tehtävän kenttätutkimuksen realiteetti otettiin huomioon TYÖTE-hankkeessa siten, että kokeiltavan työuraterveydenhuollon asiakkaiksi kutsuttiin työnhakijoita, jotka oli jo ”ak-

tivoitu” katkaisemalla heidän työttömyytensä. Työntekijöiksi palkattiin seitsemän työterveyshoitajaa.

Artikkelimme ytimen muodostaa tiivistelmänomainen raportti tutkimustuloksista, jotka perustuvat näiltä ”työuraterveydenhoitajilta” kerättyyn haastatteluaineistoon. Tarkastelemme erityisesti sitä, miten hoitajat puhuvat uudenlaisesta asiakaskunnastaan ja miten he arvioivat omaa ammattitaitoaan suhteessa TYÖTE-asiakkailla näkemiinsä tarpeisiin. Lisäksi pohdimme, olisiko epävakaalla työuralla olevien ja työttömien terveyspalveluja kuitenkin parempi kehittää työterveyshuollon ammattilaisten ja organisaatioiden toimintana eikä osana yleistä perusterveydenhuoltoa.

## Työuraterveydenhuollon asiakkaat ja sisältö

TYÖTE-tutkimukseen rekrytoitiin 342 ammattikurssin, 140 tukityöjakson ja 57 jonkin muun aktivointiohjelman (mm. kuntouttava työtoiminta) aloittavaa henkilöä. Tällaisten tukitoimia tarvitsevien henkilöiden ”työllistymiskyky” ei ollut niin hyvä, että he olisivat työllistyneet ilman muuta. Toisaalta he eivät edustaneet työttömyyden kovinta ydintä. Epidemiologisesti katsoen (Virtanen ym. 2003) saatoimme olettaa, että heillä olisi melko paljon terveysongelmia ja terveysriskejä.

Puolet osanottajista ohjattiin työuraterveydenhuolto-kokeilun asiakkaiksi ja puolet muodosti vertailuryhmän. Työuraterveydenhuollosta tehtiin sopimukset viiden työterveysyksikön kanssa.<sup>2</sup> Palvelun runkona oli kolme työterveyshoitajan tekemää terveys-tarkastusta, jotka ajoittuivat työvoimapoliittisen toimen alkuun ja loppuun sekä kolmen vuoden päähän ensimmäisestä tarkastuksesta. Muiden kontaktien määrä ja laatu määräytyivät tarkastuksissa

---

<sup>2</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö rahoittivat työuraterveydenhuollon kenttätyötä.

ilmenneiden tarpeiden mukaan. Lääkärin tutkimuksia tai hoitoa tarvitsevat ohjattiin ensisijaisesti omalääkärille. Tarkastusten välillä asiakkaila oli mahdollisuus ottaa oma-aloitteisesti yhteyttä työterveyshoitajaan.

Työterveyshoitajat vastaanottivat TYÖTE-asiakkaat normaalin työterveyshuollossa tehtävän työn lomassa. Ensimmäisessä tapaamisessa suosituksena oli tavanomaisen työhönsijoitustarkastuksen tyyppinen tarkastus, jossa kartoitetaan ammatti- ja työura sekä terveysongelmat ja -riskit ja käydään läpi työttömyyteen ja meneillään olevaan työllisyysohjelmaan liittyviä kokemuksia ja asioita. Toisessa tapaamisessa arvioitiin ajankohtaisen terveys- ja työuratilanteen (päättymässä oleva työllisyysohjelma) edellyttämien toimien tarve. Kolmas tapaaminen oli ”lopputarkastus”, jossa varmistettiin, että tarvittavat jatkohoitosuhteet ovat järjestyksessä.

Tarkastukset ohjeistettiin tarkoituksellisen väljästi, ja työterveyshoitajia kehoitettiin varioimaan ja kehittämään niiden sisältöä, erityisesti ottaen huomioon asiakkaiden työmarkkina-asema ja siinä tapahtuneet ja odotettavissa olevat muutokset. Toisin sanoen tarkastusten toimeksianto viritettiin herättämään sisällöllisiä kysymyksiä ja ammatillisia osaamishaasteita.

## Miten työterveyshoitaja näkee työttömän?

Työuraterveydenhuoltoa tutkittiin haastatteleamalla kaikkia seitsemää hankkeessa mukana ollutta työterveyshoitajaa kahdenkeskisesti. Lisäksi järjestettiin ryhmähaastattelu, jossa hoitajilla oli mahdollisuus kommentoida toisiaan ja esittää erilaisia mielipiteitä. Aineiston analyysia ohjasi sosiaalis-konstruktivinen tutkimusote. Työterveyshoitajien kuvauksista analysoitiin neljä erilaista asiakas-kuvaa.

Moniongelmaiset työttömyyden uhrit -puheessa uusi asiakas-kunta kuvataan yleisesti ja yhtenäisesti moniongelmaisina ja huo-



no-osaisina: ”Liki puolet on varmaan semmosia, että toi ihminen ei varmaan ikinä tuu työllistyy mihinkään.” ”Tässä ollaan sitten ihan niinku yleensä isompien ongelmien kanssa. Ne saattaa olla just siinä ihmisen elämänpiirissä hyvinkin vaikeeta problematiikkaa monen asian suhteen. Juuri niinku näit mielenterveysongelmista puhuin, puhuin päihdeongelmista, kaikennäköisiä taloudellisia ongelmia.” ”Onhan tässä porukassa sitten näillä kurssilaisilla, niin ihmisillä niin tosiaan monenlaisia ongelmia. Että kyllä kai ongelmilla on kuitenkin taipumus vähän kasaantuakin.” Työterveyshoitajat tuovat toistuvasti esiin näkemystä, jonka mukaan työttömyys sinälään tuottaa ongelmien kasaantumista ja sosiaalista syrjäytymistä. Tällöin myös ajatus työn keskeisyydestä ihmisen hyvinvoinnille korostuu. ”Heil todella ei oo sitä rahaa, et silloin se korostuu ja näkyy siin koko elämässä. Ja stressaa hirveesti ja tekee sitte näit terveysongelmiaki tavallaan, ku jotenki sitten puretaan sitä jollain alkoholilla tai muulla.” Kuvauksia korostetaan rinnastuksilla työterveyshoitajien tavanomaisiin asiakkaisiin, jotka TYÖTE-asiakkaiden laajalajisiin vaikeuksiin verraten kuvautuvat lähes ongelmattomina ja hyväosaisina. TYÖTE-asiakkaiden vaikeuksien aiheuttajaksi määritetään ikään kuin itsestään selvyytensä työn ja työyhteisön puute, ja päätellään, että työpaikan saaminen kohentaisi heidän terveyttään ja ratkaisisi muutkin ongelmat.

Poikkeavat työmarkkinoilla -puheessa painottuvat asiakkaan henkilökohtaiset piirteet ja ominaisuudet. Työterveyshoitajat arvioivat ne siinä määrin ja sillä tavalla poikkeaviksi, että ne vaikeuttavat keskeisesti vakaammalle työuralle pääsyä. ”Mä oon nähny siellä ihan selkeesti sellasia niinku henkilöön liittyviä esteitä.” Työttömyyden uhrin -puheesta poiketen heitä ei kuvata yhtenäisenä ryhmänä, vaan yksilöllisyyttä ja persoonataseista problematiikkaa painottaen. Poikkeavuus-puheeseen sisältyy myös ajatus, että asiakkaan ongelmat eivät johdu yhteiskunnallisesta tilanteesta tai työttömyydestä, vaan aiheutuvat henkilön omasta luonteenlaadusta ja tekemisistä. ”(–) tai muuten persoonassa on jotain niin sem-

mosta, sanotaanko voimakasta särmää, ett sit on vaikee löytää työtä.” Täten ongelmien ratkaisut olisivat myös pitkälti palvelujen ja ammattilaisosaamisen ulottumattomissa.

Työttömyyteen sopeutujat -puheessa asiakkaat kuvataan – työttömyyteen liittyvistä ongelmista huolimatta – aktiivisiksi ja työttömyydestä osin jopa hyötyviksi. Kuvausten sävy on positiivinen ja työttömyyteen sopeutujista luodaan käsitys elämäntilanteensa hallitsijoina ja pärjääjinä, vaikeuksien kautta voittoon -tyyppisten ilmausten kautta. ”Osa on tosi hyvässä kunnossa ja jaksanu pitää itteensä oikein ja suorastaan niinkun nauttinu siitä, kun on olu työttömänä ja saanu liikkua ja elää ja harrastaa.” Vuorovaikutus työttömyyteen sopeutujien kanssa koetaan vaivattomaksi, suoraksi ja tasavertaiseksi, vaikka heidänkin perusongelmakseen nähdään työttömyys, johon työterveyshoitajat eivät koe voivansa vaikuttaa.

Systeemin hyväksikäyttäjät -puheessa on kielteisiä sävyjä. Heidät arvioidaan vaativiksi asiakkaiksi, jotka ovat oppineet toimimaan järjestelmissä ja osaavat käyttää hyväkseen niiden tarjoamia etuja. Systeemin hyväksikäyttäjillä on avointa työhaluttomuutta, he ovat usein olleet pitkään työttöminä, tuntevat viranomaisten toimintalogiikat ja hyödyntävät niitä taitavasti omaksi edukseen: ”Jotkut henkilöt, jotka on joutunu tavallaan systeemissä olemaan ja he ovat sitten syystä tai toisesta joutuneet paljon eri alojen eri viranomaisten kans tekemisissä, niin kyllähän heistä tulee tavallaan semmosia ammattilaisia.” ”Mut siis paljon sellaisia, jokka on näitä palveluitten suurkäyttäjiä.” Työterveyshoitajat kokevat systeemin hyväksikäyttäjät haastaviksi asiakkaiksi erityisesti siksi, että nämä pyrkivät antamaan itsestään sellaisen kuvan kuin kuvittelevat terveydenhoitajien ja muiden viranomaisten toivovan, ja siten kontaktiin tuntuu liittyvän molemminpuolista epäluoloa.

## Miten työterveyshoitaja voisi auttaa työtöntä?

Ammatillisia vaatimuksia ja käytäntöjä käsitellessään TYÖTE-kokeiluun osallistuneet työterveyshoitajat nostivat keskeiseksi kokemuksen työterveyshuollon viitekehyksen riittämättömydestä. Suositellut, työterveyshuollon käytäntöä mukailevat toimintamallit tuntuivat toimivan huonosti tai vain osittain epävakaaalla työuralla olevien asiakkaiden kohtaamistilanteessa. Käyttöön otetut osin stereotyyppiset määrittelyt auttoivat työterveyshoitajia lähestymään TYÖTE-asiakkaitaan hallitummin. Samalla työterveyshoitajat määrittelivät heidät erilaisiksi kuin tavanomaiset työssäkäyvät asiakkaansa. Tulkinat toisaalta edellyttivät, toisaalta edistivät luopumista monista vakiintuneista ammattikäytännöistä ja toimintatavoista.

Työterveyshoitajat ilmaisivat runsaasti avuttomuuden ja neuvottomuuden tunteita TYÖTE-asiakkaiden moninaisten ja osin toivottomaksi koettujen vaikeuksien edessä. Laajaan ja ikään kuin vääjäämättömään ongelmakenttään puuttuminen, saati ongelmien ratkaiseminen, nähtiin mahdottomiksi työterveyshoitajan käytettävissä olevien keinojen avulla. Työterveyshoitajan keskeisin rooli työelämän asiantuntijana jäi sivuun, ja ammatillisesta repertuaarista korostui kyky empatiaan ja emotionaalisen tuen tarjoamiseen. Monessa tapauksessa ongelmien toteamisen tasolle jääneet kohtaamiset kuvastuivat huolestuneisuutena, neuvottomuutena ja pyrkimyksenä vastuunsiirtoon. ”Ne on vähän liian niinku raskasta materiaalia.” ”Ne kuuluu jolleki muulle, et ei ne oo sit taas niinku tätä mejän alaa enää.” ”Mun mielestä se ratkasu ois jotenki se työn löytyminen. Mut ko en mä oikeestaan pysty siihen vaikuttaan millään tavalla, että saako he töitä tai ei.”

Työterveyshoitajien puheet ammatillisista haasteista ja asiakkaista heijastelevat arkipuheissa mutta myös tiedotusvälineissä toistuvia yleistyksiä ja stereotyyppioita työttömyydestä ja sen syistä

(Hänninen 1999). Työttömyyden uhri -puheessa asiakkaan ongelmalliseksi koetun tilanteen syyksi nähtiin melko yksipuolisesti yhteiskunta, yleinen työmarkkinatilanne ja spesifimmin työn puute. Työterveyshoitajat tekivät selvän eron yksilöllisen ja sosiaalisen näkökulman välillä: asiakkaita ei syyllistetty, vaan heidät nähtiin monenlaista tukea ja apua tarvitsevina olosuhteiden uhreina. Samalla asiakkaat tuotettiin palveluiden passiivisina kohteina. Ongelmien yhteiseksi nimittäjäksi nähtiin työn puute, johon yleislääke on työn järjestäminen, ja siihen nähden auttamiskeinot ja interventiot, kuten terveysneuvot, tuntuivat sekundaarisilta elleivät täysin epärelevanteilta. ”Monella se auttas se, kun ois se työpaikka, niin ne jotenki saiski sen elämänsä järjestykseen.”

Hyväksikäyttjä-puheessa työttömyyden taas katsottiin olevan ”oma vika”, niin että asiakkaalla ei ole haluakaan saada työtä: ”Et kyl seki täytyy myöntää, et osa on ihan semmosia, että ei heil oo mitään ajatustakaan siitä, ett he haluaiskaan työllistyä.” ”Tai sitten on niitä, jotka on ihan terveitä, mut ei nyt ihan kauheesti oo kuitenkaan välttämättä sitä motivaatioo just siihen työhön tai ylipäättänsä työhön.” Tällaisessa tapauksessa työuraterveydenhuollon koettiin olevan ammatillisten resurssien hukkaamista ja asiakas jätettiin pitkälti oman aktiivisuutensa varaan.

Yleisesti koettiin, että terveysneuvonta jäi suhteellisen takalalle, koska asiakkaiden elämäntilanteet katsottiin usein niin vaikeiksi, että terveysriskeihin puuttuminen ja terveystuunnitelman tekeminen tuntui sopimattomalta tai omituiselta: ”Jos vastaanotolla jo rupee itkeen, ni eipä siinä sitte mitään terveystietoa kauheesti valisteta. Just se, että jos on ollu elämässä niin paljo muuta, niin ei se sillon mee perille.”

Työterveyshoitajat perustelivat kokemusta TYÖTE-asiakkaille tuottamansa avun ja hyödyn vähäisyydestä myös sillä, että heidän tukenaan ei ollut moniammatillista työryhmää tai toimivaa yhteistyöverkostoa muihin ammattilaisiin ja järjestelmiin. Monet TYÖTE-asiakkaat asioivat työterveyshoitajien käsitysten mukaan muis-

sakin palveluissa, ja sirpaleisen tiedon kokoamisen nähtiin vaativan suuria ponnisteluja ja johtavan mutkikkaisiin neuvonpitoihin palvelusektoreiden rajoista ja yhteistyöstä. Myös terveydenhuollollisen auttamisvastuun työterveyshoitajat pyrkivät määrittelemään jonkin muualle kuin työterveyshuoltoon, koska he kokivat toimintansa muuttamisen työterveyshuollon olosuhteissa pitkälti mahdollottomaksi. ”Ne on kuitenkin toisaalla (– –) ja muitten instanssien tavallaan hallinnassa. Mistä se johtuu sitten, et, mut en mää ainaakaan niinku koe että mää oisin voinu vaikuttaa siihen asiaan sit kuitenkin loppuviimeks. Mää en tiedä onko se sitte toisaalta taas sitte tän järjestelmän yhteistyökyvyttömyyttä. Taikka se, että sitä yhteistyötä ei oo tarpeeks.”

## Päätelmiä

TYÖTE-kokeilussa ei haettu kontaktia moniongelmaisiiin pitkäaikaistyttömiin, vaan ”tavallisiin”, verrattain terveisiin työnhakijoihin, jotka oikeastaan olivat työn ja työttömyyden rajamaalla. Monella asiakkaalla oli todennäköisesti aikaisempia kokemuksia työterveyshuollossa asioimisesta. Asiakastapaamiset eivät kuitenkaan asettuneet työterveyshuollon kaavoihin, ja työterveyshoitajat kokivat tilanteen ammatillisesti oudoksi ja vaikeaksi.

Tulkinnat asiakkaista tai heidän tarpeistaan palvelevat ammattihmisten työn jäsentämistä ja orientoimista. Niillä voidaan myös oikeuttaa toimet ja palvelut, jotka ammattilainen valitsee työskennellessään eritaustaisten asiakkaiden kanssa. Parhaimmillaan tulkinnat voivat laajentaa asiakkaan toimintamahdollisuuksia, pahimmillaan ne voivat rajata tai estää niitä ja tuottaa eriarvoista kohtelua (Jokinen & Juhila 1991).

Työterveyshuollon kehittämisessä on pitkään painotettu yksilökeskeisen toiminnan sijasta työyhteisöihin ja -ympäristöihin vaikuttamista (Naumanen-Tuomela 2001). Tältä pohjalta TYÖ-

TE-kokeilun terveydenhoitajien turvautuminen melko vahvaan tyypittelyyn ja ongelmien yksilöllistämiseen oli ymmärrettävää. Asiakkailta puuttui sellainen työyhteisö, johon työterveyshoitajat olivat tottuneet liittämään ongelmat ja jonka kautta he olivat oppineet selittämään ja ratkaisemaan niitä. Työterveyshuollon näkökulma ja viitekehys marginalisoitui, ja työterveyshoitajat kokivat tarvitsevansa aivan uudenlaisia tietoja ja taitoja kohdata näiden asiakkaiden erilaisia tarpeita. Tällä perusteella kyseessä olisi erityisryhmä, joka tarvitsee erityistoimenpiteitä ja erikseen koulutettuja asiantuntijoita. Yhtä hyvin voidaan perustella sellaista näkemystä, että erikoistumisen sijasta tarvittaisiin näkökulmia laajentavaa koulutusta: kun työmarkkinat, työsuhteet, työvoima ja työpaikat monimuotoistuvat, eikö myös työterveysammattilaisten perusvalmiuksien ja -osaamisen tulisi olla aiempaa laaja-alaisempaa?

Yhteiskunnallinen oikeudentaju sanoo, että laadukkaiden terveyspalvelujen saatavuus ei saisi riippua ihmisen työmarkkina-asemasta. Toisaalta ajan henki, jota myös haastateltavien puhe toistaa, suosii terveyspalvelujen tuotteistamista ja markkinoimista rajatuille kohderyhmille. Tällaisen kehityksen myötä nousee entistä kriittisemmin esille kysymys, mistä työttömät löytävät terveyspalveluja ja minkä ammattikunnan ja palveluntuottajan intressi olisi kehittää toimintaansa myös heidät huomioiden. TYÖTE-hankkeen perusideana oli vastata laajasti koettuun tarpeeseen jonkinlaisesta universaalista työterveyshuollosta, joka kattaisi vakinaisten lisäksi erilaisissa epätyypillisissä työsuhteissa olevat, työttömät ja myös tilapäisesti työvoiman ulkopuolella olevan työväestön. Kysyimme, millainen voisi olla lakisääteisen työterveyshuollon kanssa analoginen työuraterveydenhuolto, ja kokeilimme, voitaisiinko se säätää olemassa olevan työterveyshuoltojärjestelmän tehtäväksi. Kokeilu vastasi kysymyksiin – tai ainakin täsmänsi jatkokysymyksiä – kontaktien järjestämistavoista, terveydenhoitajien työkäytännöistä, terveyspalvelun sisällöstä sekä yhteistyöstä muiden ammattilaisten kanssa. On ilmeistä, että järjestelmälliseen toimintaan päästään

vain tiivistämällä ja kehittämällä kansanterveystyön ja työterveys-huollon yhteistyötä (ks. mm. Kyrönlahti 2005). Hallinnolliset ja ra-hoitukselliset järjestelyt ovat välttämättömiä, mutta ne eivät saisi synnyttää uutta palvelujärjestelmää. Esimerkiksi työvoiman palve-lukeskuksissa esiintyneet ongelmat osoittavat, että palveluiden jär-jestäminen uudelta pohjalta ei ole helppoa (Työministeriö 2006).

Jatkuvasti vaihteleva työttömyys ja työvoimapula, työsuhteiden lisääntyvä joustavuus ja epävarmuus ja muuttoliikkeen seu-rauksena heterogeenisemmaksi muuttuva työllisten joukko hei-jastuu väistämättä työterveyshuoltoon. Kyse on siitä, säädetäänkö sille ja omaksuuko se epätyypillisen työvoiman suhteen ekspansii-visen vai defensiivisen linjan. Tutkimuksemme tässä vaiheessa voi-daan todeta, että terveystarkastuksien varaan rakentuvaa toimin-taa on mahdollista organisoida työterveyshuollon puitteissa, mutta työterveyshoitajien valmius tähän tehtävään ei näyttäisi olevan it-sestään selvää eikä ainakaan yleistä ja yhtäläistä. Kuitenkin tervey-denhoitaja on mitä ilmeisimmin oikea ammattilainen edistämään terveyttä myös työttömien parissa. Kyse on siten terveydenhoitaja-kunnan sisällä vallitsevista ammatti-identiteetin ja asiakaskäsityk-sen rajoista. Samalla on kyse siitä, miltä osin työvoiman terveys-lähtökohtainen huolto jää kansanterveysjärjestelmän tehtäväksi ja miten rekrytointiongelmien, resurssivajeen ja rakenneuudistusten kriisiyttämät terveyskeskukset tämän tehtävän mieltävät ja kykene-vät hoitamaan.

## Politiikkaa

Työterveyshuolto rakentui 1970-luvulla säädetyn lain ansiosta no-peasti olennaiseksi osaksi työikäisen väestömme perusterveyden-huoltoa. Sairaanhoidon sisältävän työterveyshuollon piiriin kuulu-vat noin 1,4 miljoonaa työntekijää käyvät työterveyslääkärillä noin 2 miljoonaa kertaa vuodessa, ja työterveyshuollossa tehdään eri-

laisia terveystarkastuksia noin miljoona vuodessa (Kauppinen ym. 2007). Aika on näyttänyt työsuhteeseen kytketyn palvelujärjestelmän ongelmat, mutta niiden korjaaminen ei ole näköpiirissä. Kunta- ja palvelurakennemuutos näyttää lähinnä edistävän terveyskeskusten työterveysyksiköiden yhdistämistä monikunnallisiksi liikelaitoksiksi, joiden puitteissa voi olla entistä vaikeampi kehittää ei-vakinaisille ja työttömille suunnattuja palveluja.

Julian Tudor Hart piti inverse care law'n perimmäisenä syynä terveydenhuollon markkinaehtoisuutta. Suomessakin on totuttu ajattelemaan, että markkinavoimat, asiakkaan maksukyky ja tuotavuusajattelu vaikuttavat erityisesti yksityissektorilla. Aina ei tulla ajatelleeksi, että nämä ideat on sisäänrakennettu myös työterveyshuoltoon. Kyse on työmarkkinavoimista, jotka ohjaavat terveysinvestoinnit tehokkaisiin ja taloudellisesti tuottaviin työntekijöihin. Työssäkäyviä ja erityisesti vakinaisia työntekijöitä priorisoiva perusterveydenhuoltomme kuvastaa arvopohjaa, jolle järjestelmän säätely ja käytännöt rakentuvat. Suomen terveydenhuollossa ”käännteisen hoidon laki” ei ole vain lainomainen trendi vaan lakisääteinen rakenne.

Olemassa olevia rakenteita tukevat voimat ovat vahvoja, eikä työmarkkina-asemaan kytkeytyvä terveydenhuolto taida olla muutettavissa oikeudenmukaisemmaksi pikkureformein. Hart lopettaa kirjoituksensa: ”Mitä enemmän terveyspalveluja siirretään pois markkinavoimien piiristä, sitä suuremmat mahdollisuudet meillä on menestyä taistelussa markkinatalouden ’luonnonvoimia’ vastaan ja jakaa hoito uudella tavalla, mutta tällainen uusjakointerventio jää yhteiskuntamuodollemme luonteenomaisten vääristymien epätäydelliseksi ja poliittisesti epävakaaaksi korjausliikkeeksi, ellei samalla toimeenpanna perusteellisempaa yhteiskunnallista muutosta.”<sup>3</sup>

3 “The more health services are removed from the force of the market, the more successful we can be in redistributing care away from its ‘natural’ distribution in a market economy; but this will be a redistribution, an intervention to correct a fault natural to our form of society, and therefore incompletely successful and politically unstable, in the absence of more fundamental social change.”



## Kirjallisuus

- van Doorslaer, Eddy & Masseria, Christina (2004) Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *OECD Social Issues/Migration/Health* 14, 109–165.
- Harris, Elisabeth & Webster, Ian & Harris, Mark & Lee, Penelope (1998) Unemployment and health: the healthcare system's role. *Med J Aust* 168:291–3.
- Hart, Julian Tudor (1971) The inverse care law. *Lancet* 1(7696), 405–412.
- Hänninen, Vilma (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. *Acta Universitatis Tamperensis*, 696. Tampere University Press.
- Manninen, Pirjo & Laine, Vappu & Leino, Timo & Mukala, Kristiina & Husman, Kaj (2007) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos.
- Jokinen, Arja & Juhila Kirsti (1999) Pohjimmaiset asuntomarkkinat: disjunktianalyysi kuntatason viranomaiskäytännöistä. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Kaukiainen, Anneli & Nygård, Clas-Håkan & Virtanen, Pekka & Saloniemi, Antti (1998) Liikuntainterventio vaikutus työttömien rakennusmiesten terveyteen, toimintakykyyn ja liikuntaharrastuneisuuteen. *Työ ja Ihminen* 12:192–204
- Kauppinen, Timo & Hanhela, Rauno & Heikkilä, Pirjo & Kasvio, Antti & Lehtinen, Suvi & Lindström, Kari & Toikkanen, Jouni & Tossavainen, Antti (toim.) (2007) *Työ ja terveys Suomessa 2006*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kyrönlähti, Eija (2005) Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis*, 479.
- Matoba, Tsunetaka & Ishitake, Tatsuya (1999) A strategy for health promotion among unemployed people in Japan. *Int Arch Occup Environ Health* 72:Suppl:S31–3.
- Naumanen-Tuomela, Paula (2001) Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisen terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. *Kuopion yliopiston julkaisuja*.
- Nygård, Clas-Håkan & Virtanen, Pekka & Saloniemi, Antti & Koivisto, Tapio & Systä, Marjatta & Kaukiainen, Anneli (1995) Työkyvyn ylläpito ja terveydenhuolto työttömyyden aikana. Työpoliittinen tutkimus Nro 111. Helsinki: Työministeriö.
- Pajukoski, Marja (1998) Mikä muuttui? Ehkäisevän sosiaalipolitiikan kunta- ja projektiin osaprojektin arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- Pohjola, Anneli & Saari, Erkki & Viinämäki, Leena (toim.) (1999) Interventioilla hyvinvointia työttömille? Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 30. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Tervahartiala, Tiina & Vesalainen, Janne & Vuori, Jukka (1996) Työttömien toimenpideohjelmien vaikutukset. Sosiaali- ja terveysurvan katsauksia 12. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Työministeriö (2006) Työministeri Filatov haluaa työvoiman palvelukeskuksille oman budjetin. Tiedote 23.5.2006. Helsinki.
- Virtanen, Pekka & Liukkonen, Virpi & Vahtera, Jussi & Kivimäki, Mika & Koskenvuo, Markku (2003) Health inequalities in the work force: the labour market core-periphery

- structure. *International Journal of Epidemiology* 32:1015-1021.
- Virtanen, Pekka & Saloniemi, Antti & Nygård, Clas-Håkan (1997) Terveyttä työttömille Tampereella 1995 – tutkimus pitkäaikaistyöttömien osallistumisesta terveystarkastuksiin ja kuntoutusryhmiin. *Kunnallislääkäri* 4:41–48.
- Virtanen, Pekka & Kivimäki, Mika & Vahtera, Jussi & Koskenvuo, Markku (2006) Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC Health Services Research* 6:123.
- Ytterdahl, Tore (1999) Routine health check-ups of unemployed in Norway. *Int Arch Occup Environ Health* 72 Suppl:S38–9.

*Olli-Pekka Lehtonen, Sirkku Vuorma ja Taina Mäntyranta*

## TERVEYSPALVELUJEN TARPEEN JA TARJONNAN KOHTAAMINEN – AJANKOHTAINEN TUTKIMUSHAASTE

Terveydenhuollon palvelujen kasvavaa kysyntää ei voida hallita pelkillä taloudellisilla lisäpanostuksilla. Uusien hoitomahdollisuuksien lisääntyessä strategiset valinnat eri terveyspalveluiden käytöstä tai käyttämättä jättämisestä tulevat tärkeämmiksi kuin valinnat siitä, miten ja kenen toimesta palveluita pitää antaa. (Ryynänen ym. 2004.) Terveyspalveluiden tarpeen määrittäminen tulee sitä tärkeämmäksi, mitä enemmän terveysteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia.

Tuore KASTE-ohjelma korostaa muun muassa väestön terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurantaa alue- ja kuntatasolla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). OECD:n Suomen terveydenhuoltoa koskeva raportti suosittaa tutkimaan tarvevakioidun terveyspalveluiden käytön vaihtelua eri kunnissa (OECD 2005). Terveyspalveluiden tarpeen määrittäminen vaatii siksi lisääntyvää huomiota, paitsi tutkimusalana, myös siten että tutkimuksen tuloksia voidaan ja uskalletaan ottaa käyttöön.

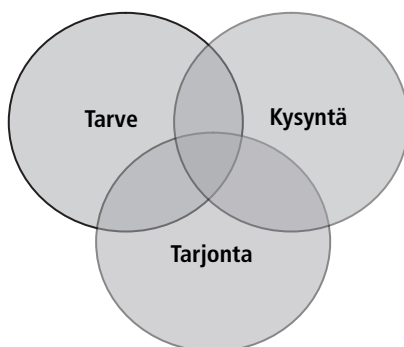
Terveyspalvelujen tarpeen arviointi on tutkimus- ja kehittämistyötä, jonka tavoitteena on saada palvelujen tarjonta ja tarve kohtaamaan entistä paremmin. Stakesissa on kehitetty muun muassa palvelujen tarvevakiointi valtionosuuksien jakoa varten. Palvelujen tarpeen arviointia erilaisin menetelmin on muutaman viime vuosikymmenen aikana tehty joissain sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa.

Tässä artikkelissa kuvaamme terveyspalvelujen tarpeen arviointiin liittyviä käsitteellisiä ja menetelmällisiä haasteita sekä omia kokemuksiamme TERTTU-ohjelman DONAU-hankkeessa. Kansanterveyslaitoksen koordinoimassa ja Suomen Akatemian TERTTU-tutkimusohjelman rahoittamassa DONAU-hankkeessa (Do Need for and Use of Hospital Care Meet?; Kohtaavatko hoidon tarve ja käyttö?) on kehitetty väestön terveystarpeiden arvioinnin menetelmiä.

## Terveyspalvelujen tarpeen käsitteen monimuotoisuus

Terveyspalvelujen tarve on monitahoinen käsite. Väestö saattaa toivoa lisää jotain terveyspalvelua, mutta se ei ole välttämättä vallitsevan tai sovitun hoitokäytännön mukaista. Terveyspalvelun tuottajalla saattaa olla tarve lisätä toiminnan volyymia, ja siksi hänenkin tarpeensa osaltaan vaikuttavat yleisesti koettuun terveyspalveluiden tarpeeseen. Terveyspalveluiden tuottajat voivat tarjota palveluita, joita väestö ei haluaisi käyttää ja joiden vaikuttavuudestakin voi puuttua näyttö. On myös mahdollista, että väestössä on palvelutarve, mutta sen tyydyttämiseen ei ole joko olemassa olevaa terveysteknologiaa tai sitten palvelun kustannukset ovat niin suuret, ettei tarpeen tyydytys ole mahdollista (kuvio 1, s. 84). Suomessa tehdyt väestötason tutkimukset osoittavat, että huolimatta väestön terveyden kohentumisesta osa hoitoa tarvitsevista jää kiistatta vaille hoitoa (Aromaa ym. 1989; Aromaa ym. 2002).

Väestölähtöinen näkökulma terveyspalvelujen tarpeeseen katsoo tarvetta *potilas- tai väestöryhmän tai tietyn alueen väestön näkökulmasta*. Yksilötasolla palvelun käyttäjä on mukana arvioimassa tarvetta. Väestötasolla näkemys palvelujen tarpeesta on käytännössä aina *asiantuntija-arvio*, vaikka yksittäisiä palvelujen käyttäjien edustajia voikin olla mukana arvioimassa tarvetta. Väestölähtöinen



Kuvio 1. Terveyspalvelujen tarve, tarjonta ja kysyntä

Terveyspalvelujen *tarve* on terveysongelma, johon voidaan vastata sellaisin terveydenhuollon menetelmin, joihin yhteiskunnalla on varaa.

Palvelujen *kysyntä* on sitä, mitä väestö ja potilaat ilmaisevat haluavansa.

Palvelujen *tarjonta* on se, mitä palvelujärjestelmä tarjoaa. Tarjontaan vaikuttavat käytössä olevat menetelmät ja voimavarat sekä ammattilaisten, virkamiesten ja poliittisten päättäjien arvot ja asenteet.

näkökulma yhdistää epidemiologista väestön tai ryhmän terveydentilatietoa sekä tietoa palvelujen käytöstä väestön toive- ja odotustietoihin.

DONAU-hankkeen yhteydessä palvelujen tarpeen käsitteistöä on pohdittu kahdessa suomenkielisessä artikkelissa (Mäntyranta ym. 2005; Vuorma ym. 2006).

## Terveyspalvelujen tarpeen arviointi toteutuneen tarjonnan avulla – ”DONAU-kortit”

Yleisin lähestymistapa terveyspalvelujen tarpeeseen on tarkastella toteutuneita palveluita suhteessa siihen tietoon, mikä meillä on väestön terveyspalveluiden tarpeista. Palvelujen toteutumisen tai käytön tarkastelu kattaa ainoastaan ne kansalaiset, jotka ovat päässeet hoidon piiriin. Palvelujen tarpeesta osa jää tässä tarkastelun ulkopuolelle.

Maassamme kunta- ja aluetason tietoa terveyspalveluista ja sairastavuudesta tarjoaa SOTKANet-tietokanta (Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet), johon Stakes on kerännyt kaikista Suomen kunnista keskeisiä väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia indikaattoreita. SOTKANettiin on myös valittu erityisesti väestön terveyspalvelujen tarvetta kuvaavia indikaattoreita (Mäntyranta ym. 2004), mutta runsaasta indikaattoreiden joukosta löytyy paljon muitakin väestön terveyspalvelujen tarvetta kuvaavia tunnuslukuja. SOTKANetin tiedot perustuvat Stakesin ja muiden sosiaali- ja terveysalan tietovarantoja ylläpitävien tahojen keräämiin tietoihin.

Väestön sairastavuutta koskevia lukuja on julkaistu myös Kansaneläkelaitoksen terveyspuntarissa (Kela, Terveyspuntari). Erityiskorvattavien lääkkeiden korvauksia saaneiden määrät suhteessa väestöön on joissakin tautiryhmissä (esimerkiksi diabetes, epilepsia, psykoosit, depressio) kohtuullisen hyvä sairastavuuden mittari, vaikka myös alueelliset erot lääkkeenmääräyskäytännöissä vaikuttavat tunnuslukuihin. Työikäisessä väestössä sairauspäiväkorvauksia ja sairauseläkettä saavien määrät heijastavat osaltaan sairastavuutta, mutta myös alueellista korvauskäytäntöjen ja elinkeinorakenteen vaihtelua.

Käytännössä eniten tietoa maassamme on erikoissairaanhoidon toteutuneista palveluista. Suomessa on pitkä perinne sairaas-

lahoidon hoitoilmoitusten rekisteröinnissä. Erikoissairaanhoidon käyttö koostuu monien sairausryhmien hoidosta. Yksi keino arvioida terveyspalvelujen tarpeen ja tarjonnan suhdetta on tarkastella yhtä aikaa sairauden hoidosta aiheutuvaa palveluiden käyttöä sekä vastaavan sairauden esiintyvyyttä. Tämä yksinkertainen lähestymistapa tuo esiin alueellisia eroja ja antaa viitteitä siitä, miten tarve ja tarjonta eri alueilla kohtaavat. DONAU-hanke on vuonna 2006 julkaissut olemassa olevaa rekisteritietoa edellä esitetyn tapaisiksi DONAU-korteiksi yhdentoista sairaanhoitopiiriin käyttöön. Sillä aikaa kun kehitämme väestötutkimukseen perustuvaa riittävän yksinkertaista menetelmää terveyspalvelutarpeen määrittämiseksi, DONAU-kortit auttavat jo nyt arvioimaan terveyspalveluiden suhteellista tarvetta.

Erikoissairaanhoidon palveluiden tarkastelussa vahvuutena on selkeä diagnoosiperustainen luokittelu (DRG, diagnosis related groups) ja siitä johdettu tautiryhmäkohtainen luokitus (MDC, main diagnosis category). Taulukossa 1 esitetään yhden MDC-luokan (MDC 8, TULES) osalta erikoissairaanhoidon käytön alueittaiset poikkeamat maan keskiarvoon verrattuna vuonna 2006. Lisäksi taulukossa on tuki- ja liikuntaelin (TULE) -sairastavuutta heijastavia tunnuslukuja (sairauseläkkeellä TULE-sairauksien takia, TULE-sairauksien takia sairauspäiväraha- ja sairauspäiväraha-aikaa, sairauspäiväraha-aikaa ja työkyvyttömyyseläkkeiden saajat 31.12.2004, kaikki ikä- ja sukupuolivakioituina).

Taulukosta 1 nähdään, että erikoissairaanhoidon käyttö TULE-sairauksissa ei juuri korreloi TULE-sairastavuuden tunnuslukuihin. Erikoissairaanhoidon käytön vaihtelu on lähes nelinkertaista eri sairaanhoitopiireissä. Eniten sairauseläkkeensaajia ja sairauspäiväraha-aikaa on HUSissa, missä palvelujen käyttö on maan toiseksi vähäisintä.

Sairaanhoidon tarpeen ja tarjonnan vertailuun antavat lisävalaistusta ne mittarit, jotka heijastavat paitsi sairastavuutta, myös sairauden aiheuttamia komplikaatioita ja kuolevuutta. Tilastokeskus

Taulukko 1. Erikoissairaanhoidon käyttö ja myönnetyt etuudet tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia

Tuki- ja liikuntaelinsairau-  
det  
MDC 8

v. 2006 käyttö

SAIRAAN- HOITO- PIIRI	Käytöstä joh- tuva kustan- nusten poik- keama € / 10 000 asukasta	SAIRAUS- PÄIVÄRAHA- KAUDET % maan keski- arvosta	SAIRAUS- PÄIVÄRAHA- PÄIVÄT % maan keski- arvosta	ELÄKKEEN- SAAJAT % maan kes- kiarvosta
K-HÄME	-225 405 €	-7	2	15
HUS	-175 444 €	18	26	37
P-HÄME	-85 728 €	5	6	-9
KAINUU	-77 641 €	10	-5	-38
K-SUOMI	-58 962 €	-4	-13	-17
E-SAVO	-52 957 €	-17	-30	-30
VAASA	-30 363 €	8	11	7
K-POHJ	-25 171 €	8	-6	-5
E-POHJ	-12 322 €	-7	-14	-19
SATAK	13 044 €	-21	-10	-13
P-KARJ	73 287 €	-13	-9	-44
KYME	78 684 €	-27	-29	-25
LAPPI	80 700 €	6	-2	-21
E-KARJ	81 760 €	6	-1	10
L-POHJ	87 501 €	-9	-30	-25
P-POHJ	125 792 €	-4	-15	-29
I-SAVO	143 431 €	-5	-18	-27
PIRK	176 724 €	-12	2	6
P-SAVO	192 396 €	-27	-41	-58
VARS	235 088 €	1	-9	0



rekisteröi diagnoosikohtaisen kuolleisuuden alueittain ja useissa yksittäisissä taudeissa on käytettävissä tietoja sairauksien aiheuttamien komplikaatioiden yleisyydestä (esim. diabetes ja raaja-amputaatiot ja diabeettinen retinopatia).

Olemassa olevien erikoissairaanhoidon käytön ja sairastavuutta kuvaavien muuttajien vertailu avaa uuden näkökulman terveydenhuollon suunnitteluun. Maassa esiintyy alueittaista, paikoin huomattavaa erikoissairaanhoidon käytön vaihtelua, jota ei täysin voida selittää hoidon porrastuksen tai sairastavuuden vaihteluilla. Ei ole mitään perustetta pitää maan keskiarvon suuruista käyttöä oikeana, mutta keskiarvo käytännöllisellä tavalla auttaa meitä perustelemaan panostuksiamme terveydenhuoltoon. Meillä ei ole varaa olla käyttämättä sitä vertailumateriaalia, joka meillä Suomessa tietojen keskitetyn keräämisen avulla on kehittynyt.

## Väestötutkimuksilla päästään lähemmäksi terveyspalvelujen tarpeen mittausta

Terveyspalveluiden todellista tarvetta ei voida arvioida palveluiden tarjonnan perusteella. Terveyspalvelujen todellista tarvetta voidaan selvittää ainoastaan riittävän laajoilla väestötutkimuksilla, jotka keräävät sekä tietoa väestön terveydentilasta että palvelujen käytöstä. Tätä työtä on tehty eri maissa jo pitkään. Kansaneläkelaitos on tehnyt väestön terveyttä koskevia haastattelututkimuksia ensimmäisen kerran jo yli neljäkymmentä vuotta sitten. Väestötutkimusten tuloksia on myös verrattu muiden maiden vastaaviin löydöksiin (Arinen ym. 1998; Kohn ym. 1976). Viimeisin laaja suomalainen väestötutkimus on Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimus (Kansanterveyslaitos 2002). Yhteiseurooppalaisen Health Interview Surveys / Health Examination Surveys (HIS/HES) -projektin tuloksena on syntynyt kattava tietokanta 146 terveyshaastattelututkimuksen tuloksista 34 maassa (HIS/HES). DONAU-hankkeessa on

koottu ja julkaistu suomalaiset väestöaineistoihin perustuvat tutkimukset, suuri osa yksittäisissä tautiryhmissä (Vuorma ym. 2006).

## Hyväksytyin hoitokäytännön toteutuminen – konkreettinen keino hoidon tarpeen mittaamiseen väestötasolla

Vaikka eri väestötasoisten tutkimusten tuloksia on saatavilla, terveydenhuoltojärjestelmän kannalta relevanttiin kysymykseen vastaaminen – *mitä palveluita pitäisi tuottaa lisää tai vähemmän?* – on edelleen vaikeaa. Konkreettinen kysymys voisi kuitenkin olla: toteutuvatko nykyiset, yleisesti hyväksytyt palvelut niin kuin ajatellaan? Hyvä vertailukohta tähän on Suomessa valmistellut Käypä hoito -suositukset, joita on julkaistu jo 88 aiheesta (Käypä hoito 3.9.2008 mennessä).

DONAU-hankkeessa kehitetään väestötutkimukseen perustuva menetelmä terveystalouden tarpeen arvioimiseksi (Vuorma ym. 2008). Hankkeen pilottitutkimukset tehtiin vuosina 2005–2006 Hämeenlinnassa. Tutkimuksen väestökysely kohdennettiin astman, sepelvaltimotaudin, masennuksen sekä polven ja lonkan nivelrikon hoitoon, joista kaikissa on olemassa tällä hetkellä Käypä hoito -suositukset. Aiemmissä tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että hoitosuositukset leviävät hitaasti osaksi hoitokäytäntöjä (Kaila ym. 2008).

Väestötutkimuksen kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimuksen menetelmiä. Kyselylomake lähetettiin postitse 1 501 henkilölle, ja tutkimukseen osallistui 1 155 eli 77 % otokseen kuuluneista henkilöistä. Astman, sepelvaltimotaudin, masennuksen sekä polven ja lonkan nivelrikon esiintyvyys tiedusteltiin kysymyksellä ”Onko lääkäri joskus todennut Teillä...?”. Lomakkeessa oli lisäksi kysymyksiä ter-

veyspalvelujen käytöstä ko. sairauden vuoksi, saadusta hoidosta sekä ohjauksen ja neuvonnan tarpeesta (taulukko 2). Hoidon toteutumista analysoitiin vertaamalla kyselyn tuloksia kunkin sairauden hoidosta Käypä hoito -suositukseen. Tulokset viittaavat siihen, että keskeisissä kansantaudeissa palvelujen tarjonta ja tarve eivät

Taulukko 2. Astman, sepelvaltimotaudin, masennuksen ja polven tai lonkan nivelrikon esiintyvyys vastaajan oman ilmoituksen mukaan, hoidon tarve ja hoidossa olevien osuus niistä, joilla on hoidon tarve. Tuloksissa mukana ne vastaajat, joista kysely- tai pitkän puhelinhaastattelun tiedot (lyhyen puhelinhaastatteluun osallistuneet eivät mukana, koska ei tietoja terveyspalvelujen käytöstä). Painotettu N = 1023

	Astma	Sepelvaltimotauti	Masennus	Nivelrikko
On todettu ko. pitkäaikais sairaus, %	9,6	8,4	10,8	17,1
On hoidon tarve <sup>1</sup> , %	9,6	8,4	10,8	17,1
Ikä, vuosia	57	72	52	65
Käyttää lääkitystä ko. sairautteen, % niistä, joilla on hoidon tarve	75	80	41	-
On lääkärinhoidossa, %	65	80	44	51
Käynyt lääkärin vastaanotolla viim. 12 kk:n aikana, n (%)	37 (38)	50 (58)	45 (41)	76 (48)
Käynyt hoitajan vastaanotolla viim. 12 kk:n aikana, n (%)	17 (17)	16 (19)	30 (28) <sup>2</sup>	25 (15) <sup>3</sup>
On hoidossa <sup>4</sup> , n (%)	75 (77)	73 (85)	67 (62)	103 (64)

<sup>1</sup> On joskus todettu ko. sairaus (astma, sepelvaltimotauti, masennus tai polven tai lonkan nivelrikko).

<sup>2</sup> Hoitajan, psykologin tai muun mielenterveydentyöntekijän vastaanotolla 12 kk:n aikana.

<sup>3</sup> Saaun fysioterapiaa tai fysioterapeutin ohjausta 12 kk:n aikana.

<sup>4</sup> Henkilön katsottiin olevan hoidossa, jos ainakin yksi edellä esitetystä ehdoista toteutui.

22 vastaajaa, jolla todettu masennus, raportoi myös jonkin muun hoidon (esim. psykoterapia). Heistä 19 oli käynyt masennuksen vuoksi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla edeltävän vuoden aikana.

Muokattu Vuorma ym. 2008.

Taulukko 3. Lääkärinhoidon, tiedon ja ohjauksen tarve, sekä hoidosta saatu apu sairausryhmittäin

Todettu sairaus	Astma	Sepel- valtimo- tauti	Masennus	Nivel- rikko	Pitkäaik. sairaus, kaikki yhteensä
	n = 115	n = 125	n = 118	n = 205	n = 797
Tarvitsisi hoi- toa <sup>1</sup> , n (%)	17 (15)	25 (21)	20 (18)	27 (14)	126 (16)
Lisää tietoa tai ohjaus- ta hoidosta <sup>2</sup> , n (%)	28 (25)	33 (28)	25 (22)	73 (37)	-
Hoidosta ollut apua <sup>3</sup> , n (%)	73 (65)	69 (58)	74 (68)	70 (35)	-

<sup>1</sup> Tarvitsisitteko omasta mielestänne [ko. pitkäaikaissairauden] vuoksi jatkuvaa lääkärinhoitoa, mutta ette saa?

<sup>2</sup> Tarvitsisitteko omasta mielestänne lisää tietoa [ko. pitkäaikaissairauden ] tai ohjausta sen hoidosta (esimerkiksi lääkkeiden käytöstä)?

<sup>3</sup> Onko saamastanne [ko. pitkäaikaissairauden] hoidosta kokonaisuudessaan ollut Teille apua? (vaihtoehdot erittäin ja melko paljon)

kohtaa eli väestössä on tyydyttymätöntä hoidon tarvetta (taulukko 3.) (Vuorma ym. 2008 ja Vuorma ym. 2007).

Ei ole mitään päätettyä tasoa, kuinka monella jotain pitkäai-  
kaissairautta potevalla henkilöllä tulisi olla jokin kyseisen sairau-  
den vaikuttava hoito ja kuinka suuret poikkeamat siitä voidaan  
hyväksyä. Ei siis voida todeta, onko astman, sepelvaltimotaudin,  
masennuksen tai nivelrikon hoito edellä kuvatun tutkimuksen vä-  
estössä välttävällä, hyvällä vai erinomaisella tasolla. Väestöjen vä-  
lisiä terveyspalvelutarpeiden tyydyttymisen eroja ei voida vertailla  
ennen kuin samalla metodiikalla tehtyjä tutkimuksia on käytettä-  
vissä eri väestöistä.

Tulevaisuudessa terveyspalvelujen tarpeen arvioinnin merkitys  
korostuu entisestään. Väestön terveystilanteen, siihen vaikuttavien  
tekijöiden ja palvelujen tarpeen arviointi on keskeinen osa palvelu-

jen järjestämisvastuuta. Myös tilaaja- ja tuottajamalleissa korostuu tarpeen arviointi. Sairaanhoidopiirien ja kuntien ongelmana on, ettei niillä ole riittävää asiantuntemusta ja voimavarojen käyttö erityisesti menetelmäkehittämissä vain yhden alueen (esim. kunnan tai sairaanhoidopiirin) tarpeisiin on epätarkoituksenmukaista. Kansainvälisestäkin menetelmäkehitys on kiinnostavaa, ja siihen Suomessa olisi hyvät mahdollisuudet yhdistämällä väestötutkimus- ja rekisteritietoja. Potilaskertomusten rakenteellinen yhtenäistäminen ja ydintiedot sekä uudet kansalliset e-reseptirekisteri- ja KAN-TA-arkisto tarjoavat tulevaisuudessa täysin uusia tutkimusmahdollisuuksia.

On selvää, ettei mikään yksittäinen tutkimushanke pysty luomaan nopeasti konkreettista menetelmää niin haastavassa ja monimuotoisessa tehtävässä kuin terveyspalveluiden tarpeen arvioinnissa. Lähestymällä asiaa sekä tilastoaineistojen turvin että väestötutkimuksen keinoin olemme pystyneet lisäämään tietoutta asiasta ja alan tärkeyden ymmärtävien terveydenhuollon ammattilaisten joukkoa.

## Kirjallisuus

- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R & Aro S (1998) Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 5. Helsinki: Stakes ja Kansaneläkelaitos.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, ym. (1989) Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveysstudion perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL32. Helsinki.
- Aromaa A & Koskinen S (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- Kaila M, Ketola E, Mäkelä M, Mäntyranta T, Turunen JP & Voipio-Pulkki LM (2008) Hoitosuosituksen tutkimuskohteena ja kehittämisen työvälineenä. Artikkelitässä kirjassa.
- Kohn R, White KL & Wilson R (1976) Health Care – An International Study. London: Oxford University Press.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Rintanen H, Klaukka, T, Koskinen S, Mattila J, Vuori M, Nylander O, Nikka P &

- Nenonen M (2004) A system of key indicators for needs assessment at local level: The Finnish network of information producers. *Health Inform J* 10:237–247.
- Mäntyranta T, Eloheimo O & Brommels M (2005) Mitä on terveystalouden tarve? *Suomen Lääkärilehti* 60, 3281–4.
- Ryynänen OP, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J & Kuusi O (2004) Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. *Teknologian arviointeja* 20. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta 8/2004. Helsinki.
- Vuorma S, Aromaa A, Laakso A ja DON-AU-työryhmä (2006) Miksi terveystalouden tarvetta arvioidaan ja miten sitä on tehty? *Suomen Lääkärilehti* 61,1389–1392. Artikkelin taulukot <[https://www.laakarilehti.fi/files/aromaa\\_taulukko1.xls](https://www.laakarilehti.fi/files/aromaa_taulukko1.xls)> ja <[www.laakarilehti.fi/files/aromaa\\_taulukko2.xls](http://www.laakarilehti.fi/files/aromaa_taulukko2.xls)> [4.6.2008]
- Vuorma S, Keskinen S, Koponen P, Lehtonen OP, Koskinen S & Aromaa A (2007) Kohtaavatko hoitokäytäntö ja suositukset? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta *Suomen Lääkärilehti* 62, 4125–4130.
- Vuorma S, Keskinen S, Kattainen A, Koponen P, Lehtonen OP, Koskinen S & Aromaa A (2008) Menetelmämalli väestön hoidon tarpeen ja hoidon riittävyyden mittaamiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 63, 655–660.

### *Digitaaliset aineistot*

- HIS/HES <<https://hishes.iph.fgov.be/index.php?hishes=home>> [4.6.2008]
- Kansanterveyslaitos. *Terveystalouden tutkimuksen perustulokset* (2002) <<http://www.ktl.fi/halsa2000/perustulokset/sisallys.html>> [4.6.2008]
- Kela. *Terveystalouden tila*. <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080904082237PN?openDocument>> [4.6.2008]
- Käypä hoito. <<http://www.kaypahoito.fi>> [4.6.2008]
- OECD Reviews of Health Systems: Finland (2005) <[www.oecd.org/health/reviews](http://www.oecd.org/health/reviews)> [4.6.2008]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE) 2008–2011* (2008). <<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htm>> [4.6.2008]
- Stakes. *Indikaattoripankki SOTKANet*. <<http://www.sotkanet.fi>> [4.6.2008]



## II

TEHOKKUUS,  
TUOTTAVUUS,  
VAIKUTTAVUUS





*Juha Kinnunen, Tuula Kivinen, Johanna Lammintakanen ja  
Helena Taskinen*

## HENKILÖSTÖVOIMAVAROJEN JOHTAMISEN MERKITYS TERVEYDEN- HUOLLON KEHITTÄMISESSÄ

Artikkelin tarkoituksena on esitellä tiivistetysti Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatiot terveydenhuollossa -tutkimushankkeen (HumanRe) keskeisimpiä tuloksia sekä pohtia suomalaisen terveydenhuollon organisaatioiden uudistamisen haasteita henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta. Tutkimushankkeessa on tuotettu eri aineistojen perusteella tietoa siitä, millaisia ovat henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöt 2000-luvun suomalaisessa terveydenhuollossa. Tarkastelemme artikkelissa henkilöstövoimavarojen johtamista ensisijaisesti organisaatiotasoisena kysymyksenä.

Henkilöstövoimavarojen johtamista (HRM) on määritelty kirjallisuudessa eri tavoin. Henkilöstövoimavarojen johtamiseen katsotaan kuuluvaksi ainakin henkilöstön hankintaan, henkilöstön kehittämiseen ja arviointiin sekä henkilöstön palkitsemiseen liittyvät menettelytavat. Tutkimushankkeessa lähtökohtana on ollut se, että henkilöstö on organisaation kannalta tärkeä voimavara, jota kehittämällä organisaatio pystyy pitämään henkilöstön sitoutuneena ja motivoituneena työssään. Lisäksi organisaatio pystyy hyvin toteutetulla henkilöstövoimavarojen johtamisella houkuttelemaan uutta henkilöstöä. Strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa (SHRM) organisaation strategiset tavoitteet ja toiminnot ohjaavat henkilöstövoimavarojen johtamista. Nykykäsityksen mukaan strategiaprosessiin ja siten yhteisten tavoitteiden asettamiseen ja niistä

sopimiseen osallistuvat kaikki organisaation toimijat asemasta tai ammattiryhmästä riippumatta. (Esim. Storey 1989; Peltonen 2001; Viitala 2002; Syväjärvi & Stenvall 2003.) Taulukossa 1 on havainnollistettu tutkimushankkeen kannalta olennaiset henkilöstövoimavarojen johtamisen osa-alueet organisaation eri tasoilla.

Henkilöstön osaaminen on maailmanlaajuisesti noussut keskeiseksi tuotantotehtäväksi myös terveydenhuollossa. Terveydenhuollon työvoima- ja tietointensiivisyyden vuoksi on tärkeää, että henkilöstövoimavarat mitoitetaan määrällisesti riittäviksi, henkilöstön osaaminen on korkealaatuista ja osaaminen kohdennetaan

Taulukko 1. Henkilöstövoimavarojen johtaminen organisaation eri tasoilla. HumanRe-tutkimushankkeen kannalta olennaiset asia on korostettu harmaalla (mukailtu Ranki 1999, 17)

Organisaation strategia			
	Strateginen taso	Keskijohto	Lähijohto
Henkilöstön hankinta	Millaista osaamista tarvitaan tulevaisuudessa? Rekrytointipolitiikan laatiminen osana henkilöstöstrategiaa	Rekrytointiprosessien kehittäminen (oikeiden henkilöiden valinta)	Henkilöstöresurssien riittävyuden ja tarvittavan osaamisen varmistaminen
Henkilöstön kehittäminen	Organisaation ydinosaamisen turvaaminen ja kehittäminen Organisaation oppimiskyvyn edistäminen Henkilöstöstrategian laatiminen	Toimintoketjujen ja -prosessien kyvykkyyden varmistaminen Johtamisjärjestelmien kehittäminen	Työryhmien ja yksilöiden kehittämistarpeiden selvittäminen Henkilöstön kehittämisen edistäminen (esim. työkierto, henkilöstökoulutus)
Henkilöstön palkitseminen	Osaavan henkilökunnan "pitäminen" organisaatiossa Palkitsemispolitiikan laatiminen osana henkilöstöstrategiaa	Palkitsemisjärjestelmien ja -prosessien kehittäminen	Aineettomien ja aineellisten palkitsemismenettelyjen oikeudenmukainen käyttö

tarkoituksenmukaisesti. Työvoiman kysynnän ja tarjonnan epäsuhta on saanut aikaan sen, että ammattiryhmäkohtaisesti henkilöstön saatavuus- ja rekrytointiongelmat ovat vaikeutuneet, vaikka maassamme on runsaasti koulutettuja ammattilaisia. Osittain tämän vuoksi yksittäisen työntekijän vaatimukset ja odotukset työtään ja työpaikkaansa kohtaan ovat kasvaneet. Terveysthuollossa on runsaasti sekä rakenteisiin että prosesseihin liittyviä ongelmia, joiden ratkaiseminen edellyttää sekä johdolta että työntekijöiltä uutta osaamista, muutosvalmiutta mutta myös muutoksen johtamista ja osaamisen johtamista. Johtamiseen liittyviä ongelmia on kuitenkin tunnistettu ja raportoitu useassa eri lähteessä. Kritiikki kohdistuu pääosin siihen, että terveydenhuollossa on johtajia, muttei johtamista (esim. Simoila 1999).

Yhteiskunnallisista muutoksista henkilöstövoimavarojen johtamisen kannalta olennaisia ovat muun muassa koko yhteiskunnan teknologisoituminen, verkostomaisen toimintatavan vaade ja yleistyminen myös terveydenhuollossa, kuntalaisten ja asiakkaiden palvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen asiakkaiden vaatimustason kasvaessa sekä väestön ikääntymisestä johtuva hoito- ja hoivapalvelujen tarpeen kasvu. Samanaikaisesti ikääntyvä henkilöstö poistuu työelämästä ja nuorten, potentiaalisten työntekijöiden ikäluokat pienenevät. (Esim. Ryyänen ym. 2004; Lammintakanen & Kinnunen 2006; Parpo & Kautto 2007.)

## Henkilöstövoimavarojen johtamisen nykykäytännöt suomalaisessa terveydenhuollossa

HumanRe-hankkeen keskeiset tulokset on tässä yhteydessä tiivistetty neljään temaattiseen kokonaisuuteen. Johtajilla tarkoitamme tuloksissa sekä hoitotyön johtajia (esim. osastonhoitajia, apulais-

osastonhoitajia, ylihoitajia, johtavia hoitajia, hallintoylihoitajia), lääkärijohtajia (esim. osastonlääkäreitä, ylilääkäreitä, apulaisyliääkäreitä, johtavia lääkäreitä) että talous-, henkilöstö- ja strategisia johtajia. Työntekijöillä puolestaan tarkoitamme sekä hoitotyöntekijöitä (sairaanhoitajia, laboratorio- ja röntgenhoitajia, lähihoitajia) että lääkäreitä. Aineistot, joihin tässä artikkelissa esittämämme havainnot perustuvat, on kuvattu lyhyesti liitetaulukossa 1.

*Strategisen ajattelun ja johtamisen tärkeyttä ei ole täysin ymmärretty terveydenhuollossa eivätkä strategiset linjaukset ohjaa henkilöstövoimavarojen johtamista*

Organisaation visio, strategia ja tavoitteet ovat keskeisiä lähtökohtia henkilöstövoimavarojen johtamisessa (esim. Storey 2001). Organisaation tuloksellisuuden näkökulmasta on tärkeää, että jokainen työntekijä tietää toiminnan tarkoituksen ja tavoitteet sekä tunnistaa niihin pääsemiseksi tarvittavan merkityksellisen tiedon ja kriittisen osaamisen. Yksilön kannalta taas on oleellista tietää, miten oma tehtävä ja tavoitteet liittyvät organisaation perustehtävään. Sekä tavoitteiden selkeys että organisaation ja yksilön pyrkimysten ja tavoitteiden yhdistäminen ovat keskeisiä toiminnan edellytyksiä. (Kivinen 2008.)

Kyselytutkimuksen tulosten mukaan strategiatietoisuus on terveydenhuollossa kuitenkin heikkoa ja strategioihin sitoutumisessa on puutteita jopa johdon tasolla (ks. myös Khatri ym. 2006). Johtajista suurin osa tiesi organisaatiossaan olevan kirjallisena koko organisaation strategian ja henkilöstöstrategian, mutta mitä yksityiskohtaisempia strategisia asiakirjoja (kuten viestintästrategia tai tietohallintostrategia) kysyttiin, sitä heikommin niistä tiedettiin. Työntekijät puolestaan tiesivät kaikista strategioista selvästi johtajia huonommin. Kirjallisen organisaatiotasoisien strategian olemassaolosta tiesi kolme neljäsosaa työntekijöistä, kun taas yli puolet ei tiennyt henkilöstöstrategian olemassaolosta. Strategiadokumentit

eivät ole itsetarkoituksia. Sen sijaan jaettu ymmärrys organisaation tavoitteista ja suunnitelmista on olennaista. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella organisaation strategiaan sitoutumisessa oli puutteita. Vain kolmasosa työntekijöistä arvioi, että heidän työyksikössään toimitaan tavoitteiden ja sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Johtajien enemmistö koki kaikkien organisaation yksiköiden toimivan tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategiaan sitoutuminen arvioitiin yksityisessä terveydenhuollossa paremmaksi kuin julkisessa terveydenhuollossa. (Kinnunen 2005; Kivinen 2008.)

Strategiset linjaukset eivät myöskään ohjaa henkilöstön hankkimista, osaamisen kehittämistä ja palkitsemista kaikissa organisaatioissa. Vaikka johtajien enemmistön mielestä henkilöstön osaamisen kehittäminen lähtee organisaation tarpeista, työntekijöiden osaamistavoitteita ei ole kuitenkaan määritelty organisaation strategiasta lähtien. Sama näkyy myös rekrytoinneissa. Vain puolet johtajista oli sitä mieltä, että rekrytoinnit ovat strategian mukaisia ja suunnitelmallisia. Rekrytoinnit perustuivat rekrytointitilanteen mukaiseen tarpeeseen ja tehtäväkuvaan, ei tulevaisuuteen katsovaan henkilöstö- ja osaamisresurssin suunnitteluun (Salminen 2006). Haastattelujen perusteella täsmentyi myös se, ettei organisaatioissa aina ole selvillä se, millaista osaamista kulloinkin tarvitaan (Korpela 2006).

Selkeäksi puutteeksi johtajat nostivat sen, ettei strateginen johtaminen ole tarpeeksi yhteiselle keskustelulle pohjautuvaa eikä se toteudu kaikilla organisaation tasoilla. Terveydenhuollon strateginen johtaminen on kyselytutkimuksen tulosten perusteella yksittäisen johtajan strategista ajattelua ja ylimmän johdon toimintaa.

### *Henkilöstövoimavarojen johtamisen välineitä ja menetelmiä on olemassa, mutta niitä ei käytetä optimaalisesti*

Henkilöstövoimavarojen johtaminen on pohjimmiltaan ihmisten välistä vuorovaikutteista toimintaa. Nykyisiä informaatioteknolo-

gian sovelluksia on kuitenkin mahdollista hyödyntää monin eri tavoin henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Erilaisia tietotuotteita, -palveluja ja -järjestelmiä on terveydenhuollon organisaatioissa kohtalaisen hyvin saatavilla, mutta niitä käytettiin vähän kyselytutkimuksen tulosten perusteella. Viestintää ja tiedonhakuja edistäviä järjestelmiä (esim. internet, sähköposti, intranet) on organisaatioissa hyvin ja niitä käytettiin eniten, kun taas osaamisen johtamista ja kehittämistä edistäviä järjestelmiä (kuten osaamisrekisteri, sähköinen portfolio) käytettiin vähiten. (Kivinen & Lammintakanen 2008.)

Informaatioteknologian hyödyntämisessä ilmenevää vaihtelua selittävät sekä organisaatiokulttuuri että tietotekniikan ja tiedonhallinnan osaaminen. Kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että yli puolet kaikista vastaajista ilmoitti tarvitsevansa lisäohjausta tietotekniikan hyödyntämisessä. Lisäksi haastateltavat kuvasivat tietojärjestelmien käyttöön liittyviä ongelmia. Niitä ilmeni järjestelmän käytettävyydessä ja käyttöoikeuksissa, järjestelmissä olleessa tiedossa (ei vastannut tarvetta, ei ollut luotettavaa) sekä järjestelmien runsaudessa ja samalla yhteensopimattomuudessa. Järjestelmät eivät myöskään integroituneet luontevaksi osaksi työtä. (Kivinen 2008.) Yksi olennainen asia henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta on se, että johtajilta puuttuivat toimivat ja reaaliaikaiset välineet johtaa kokonaisuutta ja he saivat pääosin pirstaleista tietoa. Esimerkiksi työntekijät olivat keskustelleet osaamisesta kehityskeskusteluissa lähijohtajansa kanssa, mutta yli puolet johtajista oli sitä mieltä, ettei kehityskeskusteluissa saatua tietoa hyödynnetä työyhteisön eikä koko organisaation henkilöstön kehittämisessä.

Osaamisen kehittämisessä luotettiin vahvasti formaaliin koulutukseen ja perinteisiin menetelmiin (lyhyet koulutukset, kehityskeskustelut, työhön liittyvät keskustelut kollegojen kanssa ja ohjeiden tekeminen). Vähiten hyödynnettiin vertaisarviointia, organisaation sisäisiä asiantuntijahakemistoja, sparrausryhmiä, itsearviointia, työn rikastamista ja intressipiirejä, jotka tekevät hiljaista

tietoa ja osaamista näkyväksi. Osaamisen kehittämisessä on nähtävissä sekä työsuhteeseen liittyvät, ammattiryhmittäiset että työyksikkökohtaiset rajat. Sijaisena tai määräaikaisena työskentelevät johtajat ja työntekijät olivat osallistuneet uuden tiedon luomisen ja osaamisen kehittämisen käytäntöihin vakinaisia vähemmän. Lääkärit puolestaan käyttivät vain muutamia osaamisen kehittämisen menetelmiä (esim. mentorointi), mutta systemaattisesti. Osaamisen kehittäminen on työyksiköiden sisällä yhdessä tekemistä, keskustelua ja keskinäistä toimintaa, mutta yksikön rajat ylittäviä menetelmiä (esim. työkierto) oli vähäisesti käytössä. Erilaisten ryhmäkeskustelujen (esim. samaa työtä eri yksiköissä tekevien yhteiset tapaamiset, asiakaspalautteiden käsittely, projektien epäonnistumisten ja onnistumisten analysointi) tehtävä ei ole niinkään tiedon siirto, vaan kriittinen, analyttinen, refleктоiva keskustelu ja tätä kautta oman toiminnan kehittäminen. (Kivinen 2006; Kivinen & Lammintakanen 2008.)

Suurimmalla osalla kyselytutkimukseen vastanneista oli mahdollisuus kehittää osaamistaan työaikana. Yllättävänä havaintona nousi kuitenkin esiin se, että lähes 40 % johtajista ja puolet työntekijöistä koki, ettei heillä ole mahdollisuutta hyödyntää kaikkea osaamistaan työssään. (Lammintakanen & Kinnunen 2006; Kivinen & Lammintakanen 2008.) Sen selvittäminen, millainen osaaminen jää käyttämättä, edellyttäisi lisätutkimusta.

### *Palkitsemisjärjestelmä koetaan joustamattomaksi ja epäoikeudenmukaiseksi*

Palkitseminen on tärkeä henkilöstövoimavarojen johtamisen osa-alue, jonka tavoitteena on tukea organisaation strategiaa ja sen tavoitteiden saavuttamista (esim. Greer 2001; Hakonen ym. 2005). Palkitseminen jaetaan yleisesti aineellisiin (palkka, palkkiot ja henkilöstöedut) ja aineettomiin palkitsemisen muotoihin (esim. työaikajoustot, ammatillisen kehittymisen mahdollisuudet, mahdolli-



suus osallistua ja vaikuttaa työpaikalla, arvostus ja työstä saatava palaute). Palkitsemisessa on tärkeää sen oikeudenmukainen toteuttaminen, jolloin keskeisiksi muodostuvat johdonmukaisuuden ja tasavertaisuuden tai eriarvoisuuden kysymykset – mistä palkitaan, mitä palkkioita käytetään, ketä palkitaan ja ennen kaikkea, miten oikeudenmukaisesti edellä mainitut palkitsemispäätökset tehdään (ks. Folger & Cropanzano 1998).

Kyselytutkimuksen tulosten mukaan palkitsemisen perusteena korostuivat työkokemus, koulutus ja tehty työ. Palkitsemisessa kritiikki kohdistui erityisesti siihen, että ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittämisestä ei palkita riittävästi tai oikeudenmukaisesti. Erityisesti hoitohenkilökuntaa ei palkittu osaamisesta läheskään samoin kuin muita ammattiryhmiä. Myös hoitotyön johtajat kokivat heitä palkittavan osaamisestaan muita johtajia vähemmän. Kyvyt tai tulos palkitsemisen perusteena eivät korostuneet. Kuitenkin yksityisessä terveydenhuollossa tuloksellisuudesta palkittiin julkista terveydenhuoltoa paremmin. Myös palkkatietämyksessä oli puutteita: palkitsemisen kriteereistä ja perusteista ei koettu tiedotettavan riittävän avoimesti. (Taskinen 2006; Piironen 2007; myös Paloheinä 2007.) Johtajat kokivat yleisesti ottaen terveydenhuollon palkitsemisjärjestelmät vaatimattomina. (Vihersaari-Virtanen 2007.)

Aineeton palkitseminen arvioitiin hyväksi kaikissa ammattiryhmissä (Piironen 2007). Sekä työntekijät että johtajat arvioivat myönteisesti erityisesti seuraavia aineettoman palkitsemisen muotoja: jokaisen osaamisen arvostaminen, kiitoksen saaminen hyvin sujuneesta työstä ja lähijohtajan tasapuolinen tuki työntekijöille.

Palkitsemisjärjestelmän oikeudenmukaisuutta arvioitaessa kritiikki kohdistui aineellisen palkitsemisen perusteisiin ja siinä koettuun eriarvoisuuteen. Toisia ammattiryhmiä tai muita ryhmittymiä koettiin palkittavan perusteettomasti toisia enemmän. Varsinkin lääkäreiden erityisasemaa palkitsemisessa kritisoitiin. Sekä aineellisessa että aineettomassa palkitsemisessä oli tunnistettavissa myös

puolueelliseksi koettuja menettelytapoja, ns. suosikkijärjestelmän olemassaoloa. ”Suosikkien” nähtiin saavan perusteettomasti henkilökohtaisia palkanlisäjä sekä aineettomia palkkioita, kuten koulutusta, urakehityksen tukemista, merkityksellisiä työtehtäviä, huomiota, valtaa, tietoa sekä työvuoro- ja lomatoiveiden huomioon ottoa. Myös työmäärän ja velvoitteiden koettiin työyksiköissä jakautuvan epätasaisesti. Suosikkijärjestelmää ilmeni erikoissairaanhoidossa perusterveydenhuoltoa enemmän, vähiten yksityisessä terveydenhuollossa. (Taskinen 2006.)

Osa kyselytutkimukseen vastanneista koki palkitsemisjärjestelmän myös oikeudenmukaiseksi. Muun muassa kannustuksen saaminen, urakehityksen tukeminen, koulutuksiin osallistumisen tasapuolinen jakautuminen, työvuorojen tasapuolisuus ja niihin vaikuttamisen mahdollisuus sekä työsuhteen vakinaistaminen nähtiin oikeudenmukaisuuden ilmentyminä. Kuitenkin oikeudenmukaisuuskokemukset olivat selkeästi epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia vähäisempiä.

### *Suomessa henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöille on leimallista suuret vaihtelut*

Suomalaisessa terveydenhuollossa henkilöstövoimavarojen johtaminen ymmärretään eri tavoin ja johtamisen käytännöissä on runsaasti vaihtelua ja eroavaisuuksia. Johtajalla on kuitenkin keskeinen rooli organisaation ja yksilön tavoitteiden yhteen sovittajana. Myös johtajan omaksumalla johtamiskäsityksellä on suuri merkitys siihen, miten hän johtajana toimii ja millaisia asioita hän toteuttaa yksikössään.

Haastattelujen perusteella voi todeta, että johtajien näkemykset henkilöstövoimavarojen johtamisesta vaihtelevat. Henkilöstövoimavarojen johtaminen ymmärretään kapeimmillaan työvuoro-suunnitteluksi ja sijaisten palkkaamiseksi, kun taas laajemmin asian sisäistäneet ymmärtävät henkilöstövoimavarojen johtamisen lähes

johdannossa esitetyn määritelmän mukaisena. Henkilöstövoimavarojen johtamisen painopiste on edelleen yksilöissä työyhteisön tai kokonaisuuden johtamisen sijaan. Edellä kuvatut puutteet strategiatietoisuudessa voivat selittää tätä. Erityisesti työntekijöillä on vaikeuksia hahmottaa omaa rooliaan työyhteisön tai organisaation kokonaisuudessa, mistä kertovat muun muassa näkemykset osaaamisen kehittämisen lähtökohdista ja välttämättömyydestä.

Kenelle henkilöstövoimavarojen johtaminen organisaatioissa kuuluu? Onko se lähi-, keski- vai strategisen johdon asia? Haastattelussa esiin nousseiden kokemusten perusteella esimerkiksi henkilöstöhankintaa ei voi irrottaa lähijohdon toiminnasta, mutta keskitetyt rekrytointipalveluyksiköt voivat toimia tiiviissä yhteistyössä työyhteisöjen kanssa, kehittää ja ylläpitää rekrytoinnin menetelmiä ja käytäntöjä ja siten helpottaa yhtä henkilöstövoimavarojen johtamisen keskeistä toimintoa. Tästä huolimatta henkilöstövoimavarojen johtaminen näyttää jäävän lähijohdon ja erityisesti hoitotyönjohtajien vastuulle.

Henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöissä on löydetävissä eroja niin organisaatioiden, työyksiköiden, ammattiryhmien kuin työntekijöidenkin tasolla, joita on osin kuvattu jo edellä. Organisaatioiden väliset erot näkyvät esimerkiksi organisaation kulttuurisissa piirteissä. Organisaatioissa painottuvat eri tavoin ammatillis-byrokraattiset, sitoutuneisuus-, tehtäväorientoituneet, tehokkuus- ja osaamiskulttuuriset piirteet, millä on vaikutusta henkilöstövoimavarojen johtamisen toteuttamiseen. (Kivinen 2008.) Organisaatioittain ja työyksiköittäin on myös mahdollista tunnistaa henkilöstövoimavarojen johtamisessa ”edistyneet”, ”kehittyvät” ja ”asiaan vasta heränneet”.

## Henkilöstövoimavarojen johtamisen uudistamisen haasteet terveydenhuollossa

Olemme edellä tiivistäneet ja pelkistäneet terveydenhuollon kehittämisen kannalta olennaisia henkilöstövoimavarojen johtamisen ulottuvuuksia ja näkökulmia tutkimushankkeen tulosten perusteella. Yleisesti voi todeta, että henkilöstövoimavarojen johtamisen kokonaiskuva terveydenhuollossa on hajanainen ja siinä korostuvat sekä autoritaariset toimintatavat että johtajakeskeisyys. Terveyspalvelujärjestelmän kokonaisuuden kannalta voidaan kysyä, onko nykyinen henkilöstövoimavarojen johtamisen tilanne liian heterogeeninen. Yksittäisten organisaatioiden edellytykset vastata kovenevaan kilpailuun niukkkenevista henkilöstövoimavaroista ja ennakoitaviin hallinnollis-rakenteellisiin muutoksiin ovat varsin erilaiset tulostemme perusteella.

Sekä henkilöstövoimavarojen johtamisen kehittäminen että tulevat terveydenhuollon uudistukset edellyttävät organisaatioiden strategiatietoisuuden vahvistamista. Strategisen ajattelun ja sitä koskevien toimivien menettelytapojen (strategiaprosessi, dokumentointi, juurruttaminen) puuttuminen vaikuttaa kaikkiin henkilöstövoimavarojen johtamisen ulottuvuuksiin, mutta myös uudistusten toimeenpanoon. Tietämättömyys yhteisistä tavoitteista leimaa edelleen käytäntöjä. Ideaalitapauksessa ajantasainen ja realistinen strategiatyöskentely tuottaa kriteeristöt, joiden pohjalta on mahdollista luoda yhteiset toimintatavat kaikilla organisaation tasoilla. Mitä suuremmasta organisaatiosta on kyse, sitä tärkeämmäksi strategiatyö muodostuu. Se voi olla työntekijän näkökulmasta ainoa tapa ymmärtää, mitä organisaatio tavoittelee ja miten, koska henkilökohtaiset keskustelut johdon ja työntekijöiden välillä ovat mahdollisia vain rajoitetusti.

Henkilöstövoimavarojen johtamisen roolia ja vastuita tulisi kirkastaa organisaatioissa ja se tulisi mieltää koko organisaation läpäiseväksi toiminnaksi aina lähijohdosta ylimpään johtoon asti.

Havaintomme viittaavat siihen, että henkilöstövoimavarojen johtaminen on organisaatioissa aliarvostettua ja marginaalista suhteessa kliinisen hoidon, tuotosten tai talouden kysymyksiin. Henkilöstövoimavarojen johtaminen on usein ”ulkoistettu” siihen perehtyneille erityisosaajille. Erikoistumista ja eriyttämistä tarvitaan, mutta lähijohtajien tehtäväkuvasta henkilöstövoimavarojen johtamisen siirtäminen sivuun kliinisten toimintojen ja talouden suunnittelun rinnalta on karkea virhearviointi. Henkilöstövoimavarojen johtamista ei myöskään ole syytä nähdä yksin minkään ammattiryhmän tehtävänä, vaikka tuloksissamme henkilöstövoimavarojen johtaminen painottuikin hoitotyönjohtajille.

Henkilöstövoimavarojen johtamisessa näyttää toistuvan yleisempi terveydenhuollon johtamisen piirre: uudet ideat ja käytännöt eivät muutu toiminnaksi johtajienkaan tasolla, vaikka osaamista ja koulutusta heillä olisikin (Kinnunen 2007). Syynä voi olla se, että henkilöstövoimavarojen johtamista koskeva perusosaaminen vaihtelee organisaatioittain liiaksi. Modernimpien toimintatapojen omaksuminen pysähtyy myös siihen, että joissain yksiköissä puuttuvat henkilöstövoimavarojen johtamisen perusrutiinit, kuten esimerkiksi säännölliset suunnittelupalaverit, eri ammattiryhmien avainhenkilöiden yhteiset tilaisuudet tai lähijohtajan ja työntekijöiden säännölliset kehityskeskustelut. Lisäksi nykyinen hierarkkinen ja osin ammattiryhmittäin rinnakkainen johtamisjärjestelmä estää tai ainakin hidastaa jaetun yhteisen toimintalinjan toteuttamista.

Tuloksemme antavat viitteitä siitä, että henkilöstövoimavarojen johtamista tehostamalla terveydenhuollon nykyisiä ongelmia voitaisiin ainakin osittain ratkaista. Henkilöstön osaaminen ei ole parhaassa mahdollisessa käytössä terveydenhuollon organisaatioissa, sillä sekä johtajat että työntekijät kokevat omaavansa käyttämättömää osaamis potentiaalia. Terveydenhuollossa on useita tekijöitä, jotka estävät osaamisen tarkoituksenmukaisinta käyttöä. Raja-aitojen madaltaminen niin professioiden kuin työyksikköjenkin välillä mahdollistaisi osaamisen tehokkaamman ja joustavam-

man kohdentamisen ja siten hyödyttäisi koko organisaatiota. Samoin painopisteen siirtäminen johtamisessa yksilölähtöisyydestä yhteisölähtöisyyteen edesauttaisi osaamisen kokonaisvaltaista hahmottamista ja siten tehostaisi toimintaa. Hyvin toteutettu henkilöstövoimavarojen johtaminen on organisaation houkutteleva tekijä henkilöstöhankinnan ja saatavuuden vaikeutuessa.

Tiedon ja osaamisen johtamisen osalta terveydenhuollon organisaatiot eivät optimaalisella tavalla hyödynnä olemassa olevia tiedon jakamisen välineitä. Kyse ei ole niinkään teknisestä kysymyksestä, vaan hoitotyön ja lääkäriprofessioiden ammatillisista kulttuureista ja toimintatavoista. Esimerkiksi lääkäreiden ja muiden erikoisasiantuntijoiden toimintakulttuuriin on aina kuulunut yksilölähtöinen työskentelytapa, erikoistuminen ja autonomia. Näillä on yksilötason kliinisessä työssä kiistattomat etunsa, mutta organisatorisena kysymyksenä sama asenne aiheuttaa ongelmia. Yksilölähtöisyyden painotus vie todennäköisesti runsaasti voimavaroja perustyöltä saaden aikaan irrationaalisia toimintatapoja, päällekkäisyyksiä ja turhia viivytyksiä. Haastatteluissa tuli esille esimerkkejä siitä, miten toimenpideyksikön koko tiimi voi odottaa tarpeettomasti jotain erityisosajaa tai miten henkilöstön työpanoksesta kuluu merkittävä osa siihen, että asiakkaille annettuja sovittuja aikoja joudutaan siirtämään uuteen ajankohtaan sallittaessa kovin erilaiset menettelytavat. Tämä yksilöriippuvuus voi koskea terveydenhuollossa kliinisen osaamisen lisäksi myös muuta erityisosaamista.

Tulosten perusteella voi todeta, että terveydenhuollon nykyisissä palkitsemiskäytännöissä on paljon kehitettävää. Terveydenhuollon palkitsemisjärjestelmät ovat osin kapeita, vanhanaikaisia ja mekaanisia. Palkitseminen tulisi myös nähdä aineellisen palkitsemisen muotoja laajempänä ilmiönä, jotta myös aineettoman palkitsemisen tavat ja merkitys tunnistettaisiin. Esimerkiksi Ylikorkalan ja kollegoiden (2005) terveydenhuoltoon kohdistuneessa tutkimuksessa aineettomat palkitsemistavat osoittautuivat jopa

kaikkein tärkeimmiksi. Näiden palkitsemistapojen käyttö voi olla merkityksellistä myös henkilöstön työviihtyvyyden ja työpaikassa pysymisen kannalta. Tärkeää on myös palkitsemisjärjestelmän joustavuus – erilaisten palkitsemismuotojen käyttö työuran ja elämän eri vaiheissa oleville työntekijöille, sillä työntekijöitä palkitsevat elämän ja työuran eri vaiheessa erilaiset asiat. Palkitsemiskäytäntöjen kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää myös henkilöstön rekrytoinnin, motivoinnin ja toiminnan tehokkuuden lisäämisen näkökulmasta. Palkitsemisjärjestelmien joustava kehittäminen on kuitenkin vaikeaa terveydenhuollossa, jossa vallitsee vahva ”tasapäistämisen kulttuuri” eli tasajaon ajatus. Missä menee raja: miten erilaisesti sallitaan palkittavan ja minkä palkitsemisessä on oltava kuitenkin tasavertaista, jotta se olisi samalla oikeudenmukaista?

Miten näitä kehittämisehdotuksia ja suosituksia voidaan käytännössä toteuttaa? Terveydenhuollon organisaatioissa olisi tärkeää kiinnittää huomiota sekä strategia- että henkilöstövoimavarojen johtamisen prosesseihin. Strategiatyöskentelyssä tulisi kehittää osallistuvaa strategiaprosessia, jonka keskeisenä elementtinä on vuoropuhelu organisaatiossa niin ylhäältä alas kuin alhaalta ylätasolle yhteisten tavoitteiden asettamiseksi ja konkretisoimiseksi. Henkilöstö- ja tietohallintopäälliköiden jäsenyys strategisessa johtoryhmässä edistää sekä henkilöstö- että tietohallintoasioiden kytkeytymistä osaksi strategiatyöskentelyä. Lisäksi organisaatioissa on syytä selvittää henkilöstöyksikön roolia ja suunnata se perinteisestä henkilöstöhallinnosta henkilöstön kehittämisen ja koordinoimien tehtäviin.

Toinen organisaatiotason keskeinen tehtävä on tarkastella henkilöstövoimavarojen johtamisen prosesseja kokonaisuutena (esim. Korpela ym. 2006). Henkilöstöhankinta, osaamisen kehittäminen ja johtaminen sekä palkitseminen ovat toisiinsa tiiviisti kytkeytyviä toimintoja. Henkilöstöhankinnan, osaamisen kehittämisen ja johtamisen sekä palkitsemisen käytäntöjen ja menettelytapojen selkeys ja perustelujen avoimuus edistävät sekä oikeudenmukai-

suuden kokemusta henkilöstössä että toimintakulttuurien muutosta yhteisöllisempään suuntaan. Lisäksi näissä prosesseissa olisi syytä hyödyntää systemaattisesti organisaatioissa jo olevia välineitä ja menettelytapoja.

Kansallisen tason keinoina ovat sekä terveydenhuollon johtajien kouluttaminen että johtamiskoulutuksen kehittäminen. Johtajien kouluttautumisessa on havaittavissa runsaasti eroja alueellisesti, organisaatioittain sekä ammattiryhmittäin. Koulutussisältöjä tulisi yhtenäistää siten, että niissä painottuvat myös henkilöstövoimavarojen johtamisen, organisaatiokäyttämisen ja sosiaalipsykologian sisällöt. Ammatilliset ja johtamisurat olisi hyvä eriyttää. Terveydenhuollossa johtamisuralle olisi voitava suuntautua jo hyvissä ajoin peruskoulutuksessa, samalla tavoin tulisi mahdollistaa professionaalinen urakehitys ja urapolut ilman johtamistehtäviä. Kansallisesti olisi syytä määritellä terveydenhuollon johtamisen osaamisvaatimukset ja samalla laatia henkilöstövoimavarojen johtamisen laatusuositukset (”käypä johtamissuositus”). Muilla aloilla kehitettyjä henkilöstövoimavarojen johtamisen malleja ja ohjelmia on kriittisesti analysoitava ja arvioitava, mitkä osiot niistä ovat soveltuvia terveydenhuollon toimintaympäristöön. Vaihtoehtoja ja kilpailevia malleja on paljon tarjolla, eikä uuden keksimistä välttämättä tarvita.

## Lopuksi

Vaikka olemme kiinnittäneet huomiota henkilöstövoimavarojen johtamisen puutteisiin ja ongelmiin ja siten osaltamme osoittaneet johtajien toiminnassa heikkouksia, on syytä huomata, etteivät johtajat yksin ole vastuussa näistä. Terveydenhuollossa on tunnistettu runsaasti niin palvelujärjestelmään, organisaatorakenteisiin kuin prosesseihinkin liittyviä ongelmia, jotka heijastuvat henkilöstövoimavarojen johtamisen käytäntöihin. Toimintaympäristöä kehittä-



mällä myös johtamisen on mahdollista kehittyä. Terveydenhuollossa tarvitaan organisaatiokulttuurien muutosta, jotta henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua nykyistä paremmin kehittämis- ja muutosprosesseihin, prosesseille asetetaan realistiset tavoitteet sekä huomioidaan henkilöstövoimavarojen johtaminen olennaisena kehittämis- ja muutosprosessien osana (ks. esim. Taskinen 2005). Myös terveydenhuollon johtajat tarvitsevat johtamista. Samalla tavalla johtajiin kohdistetaan henkilöstövoimavarojen johtamisen menettelytapoja ja he tarvitsevat johdon tukea ja systemaattista osaamisen kehittämistä.

Tiivistäen, strategisesti ohjautuvan ja kokonaisvaltaisen henkilöstövoimavarojen johtamisen onnistuminen vie asioita eteenpäin sekä työyhteisöissä että organisaatioissa, sen avulla on mahdollista muuttaa terveydenhuollon käytänteitä ja edistää muutoksia, mutta henkilöstövoimavarojen johtamisen epäonnistuessa rakenteellisten muutokset eivät auta.

## Kirjallisuus

- Folger, Robert & Cropanzano, Russell (1998) *Organizational justice and human resource management*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Geer, Charles R (2001) *Strategic human resource management. A general managerial approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hakonen, Anu & Salimäki, Aino & Hulkko, Kiisa (2005) *Palkitsemisen tila ja muutos Suomessa 2004. Yhteistoiminnallinen kehittäminen, yhteensopivuus ja toimivuus. Työpoliittinen tutkimus 280*. Helsinki: Työministeriö.
- Khatri N, Wells J, McCune J & Brewer M (2006) *Strategic human resource management issues in hospitals: A study of a university and a community hospital*. *Hospital Topics* 84, 9–20.
- Kinnunen, Annukka (2005) *Strateginen henkilöstöresurssien johtaminen julkisten terveydenhuollon organisaatioiden kontekstissa*. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talon laitos. Kuopion yliopisto.
- Kinnunen, Juha (2007) *Terveydenhuollon johdon koulutus on nivottava organisaatiomuutoksiin*. *Premissi* 4, 12–14.
- Kivinen, Tuula & Lammintakanen, Johanna (2008) *Managers' and staff members' views on accessibility of and participation in knowledge creation and personnel development practices in Finnish health care*. *Leadership in Health Services*. Lähetetty arvioitavaksi.

- Kivinen, Tuula (2006) Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa. Teoksessa Hiltunen, Eija (toim.): Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006. Yksilö vai rakenteet. Tutkimuspäiväkirja. Kuopio 5–6.10.2006. Työpapereita 26. Helsinki: Stakes, 108–109.
- Kivinen, Tuula (2008) Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158, Kuopio.
- Korpela, Sini-Vuokko (2006) Johtajien valinta erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talon laitoksen julkaisuja. Kuopion yliopisto.
- Korpela, Sini-Vuokko, Lammintakanen, Johanna & Kivinen Tuula (2006) Uusia käytäntöjä terveydenhuollon rekrytoinnissa. Sairaala 5–6, 64–65.
- Lammintakanen, Johanna & Kinnunen, Juha (2006) Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Miettinen, Merja & Hopia, Hanna & Koponen, Leena & Wilskman, Kaarina (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Helsinki: Sairaanhoidotalo, 9–28.
- Paloheinä, Benita (2006) Terveydenhuoltohenkilökunnan oikeudenmukaisuuskokemukset uudessa palkkausjärjestelmässä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talon laitoksen julkaisuja. Kuopion yliopisto.
- Parpo, Antti & Kautto, Mikko (2007) Sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes, 206–219.
- Peltonen, Tuomo (2001) Strateginen henkilöstöjohtaminen organisaation määrittelykamppailussa. Hallinnon Tutkimus 20(3), 55–75.
- Piironen, Merja (2007) Terveydenhuollon työntekijöiden ja johtajien näkemyksiä palkitsemisjärjestelmästä ja sen oikeudenmukaisuudesta. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talon laitoksen julkaisuja. Kuopion yliopisto.
- Ranki, Anneli (1999) Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Helsinki: Kauppakaari.
- Ryynänen, Olli-Pekka & Kinnunen, Juha & Myllykangas, Markku & Lammintakanen, Johanna & Kuusi, Osmo (2004) Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet: skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisuja 8. Tulevaisuusvaliokunta. Helsinki: Edita.
- Salminen, Armi (2006) Rekrytointi osana terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamista. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talon laitoksen julkaisuja. Kuopion yliopisto.
- Simoila, Riitta (1999) Terveydenhuoltojohtamisen areenana. Teoksessa Simoila, Riitta & Kangas, Riitta & Ranta, Jouko (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 9–16.
- Storey, John (ed.) (1989) New perspectives on human resource management. London: Routledge.
- Storey, John (ed.) (2001) Human resource management. A critical text. Second edition. London: Thomson Learning.
- Syvjäjärvi, Antti & Stenvall, Jari (2003) Henkilöstövoimavarat työntekijöiden organisaatiotoimintaosaamisen arvioinnin ja johtamisen näkökulmasta. Hallinnon Tutkimus 22(4), 338–351.
- Taskinen, Helena (2005) Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopio.

- Taskinen, Helena (2006) Johtamisen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa. Teoksessa Hiltunen, Eija (toim.) Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006. Yksilö vai rakenteet. Tutkimuspaperit. Kuopio 5-6.10.2006. Työpapereita 26. Helsinki: Stakes, 128–130.
- Vihersaari-Virtanen, Satu (2007) Organisaatorinen oikeudenmukaisuus terveydenhuollon johtajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto.
- Viitala, Riitta (2002) Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.
- Ylikorkala, Anna & Hakonen, Anu & Hulkko, Kiisa (2005) Tulospalkkauksesta toivoa toiminnan kehittämiseen. Kokemuksia tulospalkkauksesta ja sen kehittamisestä terveydenhuollon yksiköissä vuosina 2000–2003. Tykes, Raportteja 41. Helsinki: Työministeriö.

## Liitetaulukko 1. HumanRe-tutkimushankkeessa kerätyt aineistot

Aineiston hankintatapa	Kohderyhmä	Aineiston koko	Sisällöllinen teema
Kysely kevät 2005	24 julkisen terveydenhuollon organisaatiota kuuden sairaanhoitopiirin alueelta sekä yhden yksityisen terveydenhuollon yrityksen 3 toimipistettä  Johtajat ja henkilöstön kehittäjät (kokonaisotos) sekä työntekijät (systemaattinen otanta lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta).	Johtajat N = 521  Työntekijät N = 853	Henkilöstövoimavarojen johtaminen (HRM), strateginen henkilöstövoimavarojen johtaminen (SHRM), tiedon ja osaamisen johtaminen (KM), organisaatio-kulttuuri ja oikeudenmukaisuus
Haastattelut kevät ja syksy 2005	Case-pari – 2 projektiorganisaatiota  Puhelinneuvontaprojektien avainhenkilöt ja puhelinneuvontatyötä tekevät hoitajat.	N = 18	Uuden palvelutyyppin integroituminen olemassa oleviin palveluihin sekä siihen liittyen henkilöstön osaamisvaatimukset ja osaamisen kehittäminen, asiakkaiden rooli ja palvelun tulevaisuus
Haastattelut kevät 2006	Case-pari – 2 perusterveydenhuollon kuntayhtymää  Johtotehtävissä ja käytännön työssä toimivat hoitajien ja lääkärin työnjaon uudistamishankkeen avainhenkilöt	N = 18	Työnjaon uudistamishankkeen toteuttaminen muutosprosessina (käynnistäminen, järjestelyt, tiedonhallinta, vaikutukset, tulevaisuus) ja siihen liittyvät henkilöstön osaamisen ja palkitsemisen kysymykset
Haastattelut kevät 2006	Case-pari – 2 erikoissairaanhoidon organisaatiota  Eritasoiset johtajat sekä henkilöstö-, talous- ja tietohallintoyksikköjen asiantuntijat (lumi-pallotekniikka)	N = 24	Johtajien rekrytointi, palkitseminen ja tietotekniikan hyödyntäminen tiedonhallinnassa ja johtamisessa
Kysely I syksy 2005 ja II syksy 2006	Case-pari – 2 alueellisissa yhteistyössä hyvinvointipalvelut tuottavaa seutukuntaa  Kunnalliset viranhaltijat ja luottamushenkilöt	2005 N = 70  2006 N = 71	Kunnan järjestämisvastuulla olevien perusterveydenhuollon palveluiden kenttä 2015 (järjestämisvastuu, palveluiden rahoitus, henkilöstön saatavuus, arvo-maailma)
Ryhmähaastattelut kevät 2007	Kahdeksasta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioista hoitotyön johtajia	N = 48	Henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöt hoitotyössä

*Marja Jylhä, Leena Forma, Mari Aaltonen, Jani Raitanen ja Pekka Rissanen*

## PIDENTYVÄ VANHUUSIKÄ JA PALVELUJEN UUDET HAASTEET

Väestön vanhenemisesta puhutaan paljon. Se tuntuu kelpaavan retoriseksi apuvälineeksi monenlaisiin politiikan ja talouden keskusteluihin, mutta erittelevää, konkreettista puhetta kuulee harvemmin. Väestö voi vanheta monesta syystä, vaikkapa syntyvyyden vähenemisen vuoksi, tai siksi, että nuoria ihmisiä muuttaa maasta pois tai vanhempia ihmisiä muuttaa maahan. Keskeinen piirre niin Suomen kuin useiden muidenkin maiden viime vuosikymmenien väestökehityksessä on ollut vanhuusiän kuolleisuuden väheneminen eli se, että jo vanhuusikään ehtineillä on edessään yhä enemmän elinvuosia. Noin kolmekymmentä vuotta sitten 60-vuotiaalla miehellä oli jäljellä keskimäärin 11 elinvuotta, mutta vuonna 2005 jo 17; naisilla lisäystä on 14:sta liki 21:een. Kahdeksankymmenvuotiaan miehen elinajanodote on samana aikana kasvanut vajaasta viidestä seitsemään vuoteen ja naisen runsaasta viidestä yhdeksään. (Tilastollinen Vuosikirja 2006.) Kahdeksankymmentä vuotta täytäneiden suomalaisten määrä on nelinkertaistunut sitten vuoden 1970 ja 100-vuotiaiden määrä kahdeksankertaistunut sitten vuoden 1980 (Tilastokeskus 2007).

Väestön vanhenemisellä ja pitkäikäisyyden yleistymisellä on monenlaisia yhteiskunnallisia, taloudellisia ja kulttuurisia seurauksia. Jos sitä tarkastellaan yksinomaan talouden menestymisen ja kansainvälisen kilpailukyvyn näkökulmasta, se näyttäytyy lähinnä rasitteena. ”Väestön vanhenemiseen varautuminen”, usein toisteltu asia, saattaa tällöin tarkoittaa lähinnä sitä, miten yhteiskunta selviäisi vanhuusilmioistä mahdollisimman vähällä. Jos tarkastelun

keskiössä taas on ihmisten hyvä elämä, johdutaan kysymään, miten kansalaisten uudenaikaisiin tarpeisiin parhaiten vastattaisiin ja kuinka taloudellinen kehitys näitä toimia parhaiten tukisi. Tästä näkökulmasta eliniän pidentyminen, joka ennen kaikkea kertoo parantuneesta terveydestä, kuuluu kehittyneen yhteiskunnan suuriin saavutuksiin.

Selvää kuitenkin on, että yleistyvä pitkäikäisyys tuo ratkaistavaksi uusia kysymyksiä. Biologinen vanheneminen tuo väistämättä mukanaan elimistön toimintaa heikentäviä muutoksia, jotka usein johtavat sairauksiin. Suurin osa hyvin pitkäikäisiksi eläneistä ihmisistä tarvitsee ihmisen apua arkielämäänsä. Vaikka tämän päivän ja huomisen vanhat ihmiset olisivatkin terveempiä kuin eilisen vanhat, hyvin vanhojen määrän kasvu johtaa yhtäkaikki siihen, että apua tarvitsevia on tulevina vuosina ja vuosikymmeninä nykyistä enemmän. Eikä edes ole kiistatonta, että hyvin korkeaan ikään ehtineiden toimintakyky olisi parantunut. Kansanterveyslaitoksen väestötutkimuksista voi päätellä, että parinkymmenen viime vuoden aikana 55–80-vuotiaiden toimintakyky on parantunut, mutta sitä vanhemmista tiedot ovat epävarmempia, ja yli 85-vuotiaiden toimintakyky on saattanut jopa heikentyä (Martelin ym. 2004; Sulander ym. 2007). Yksiselitteistä tietoa kaikkein vanhimpien ihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen kehityksestä ei ole saatavilla sen enempää Suomesta kuin muualtakaan.

Ikärakenteen muutos ja pitkäikäisyyden yleistyminen ovat keskeisiä asioita, kun pohditaan, kuinka paljon ja millaisia terveys- ja sosiaalipalveluita lähitulevaisuudessa tarvitaan. Mihin suuntaan elinolot ja elämisen puitteet muuten kehittynevätkin, selvältä näyttää, että vanhat tarvitsevat useimpia palveluita enemmän kuin keski-ikäiset tai nuoret. Mutta elämän pituuden, iän, vanhenemisen ja sairastavuuden vaikutukset palvelujen tarpeeseen ovat monimutkaisia. Useat viime vuosien väestötutkimukset kertovat, että palvelujen ja avun tarve ei liity vain ikään, siis etäisyyteen syntymästä, vaan myös etäisyyteen kuolemasta. Harva ihminen kuolee yhtäk-

kiä, terveiltä jaloiltaan. Useimmiten kuolemaa edeltää raihnaisuuden ja sairastamisen jakso, kenellä lyhyempi, kenellä pidempi.

Eliniän piteneminen tarkoittaa, että kuolema siirtyy yhä vanhempaan ikään. Vuonna 1980 runsas neljännes (26 %) kaikista kuolemista tapahtui yli 80-vuotiaille, mutta vuonna 2006 osuus oli jo melkein puolet (47 %) (Tilastokeskus 2007). Yhdysvaltalainen tutkimus kertoo, että mitä korkeampi on kuolinikä, sitä huonompi on viimeisten vuosien toimintakyky (Guralnik ym. 1991). Jos huomattava osa vanhuusiän palvelujen tarpeesta selittyisikin enemmän sillä raihnaisuudella, jonka useimmat vanhat ihmiset kohtaavat viimeisinä elinvuosinaan kuin sinänsä iällä, voisi seurauksena olla se, että kuoleman siirtyessä yhä korkeampaan ikään hoidon tarve kasvaisi vähemmän kuin väestörakenteen muutoksesta suoraan voisi ennustaa. Mutta samalla se saattaa merkitä sitä, että elämänsä viimeisinä vuosina ihmiset tarvitsevat erilaisia palveluita kuin ne aiemmat ikäluokat, joilla kuolema sijoittui varhaisempaan ikään. On tärkeää huomata, että ei ole kyse vain kuolevan ihmisen hoidosta elämän loppuvaiheessa vaan muutamasta viimeisestä elinvuodesta, jotka harvoin ovat kokonaisuudessaan lähestyvän kuoleman leimaamia.

Iän ja kuoleman läheisyyden vaikutuksia palvelujen käyttöön ja tarpeeseen on sekä Suomessa että ulkomailla tutkittu lähinnä talouden näkökulmasta, pyrkien ennakoimaan väestön ikääntymisen aiheuttamia terveys- ja sosiaalipalvelujen kustannuksia (Vitikainen ym. 2005). ”Vaikutus” on tässä ymmärrettävä enemmän tilastotieteellisenä käsitteenä kuin todellisen syysuhteen ilmaisijana; oikeastaan kyse on yrityksestä tavoittaa epäsuorasti ja yksinkertaistetusti pitenevään elinikään ja myöhemmäksi siirtyvään kuolemaan liittyviä terveyden, toimintakyvyn ja palvelukäytäntöjen muutoksia. Stakesin tutkijat (Hujanen ym. 2006) ovat laskeneet, että terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen kasvusta vuosina 2000–2004 noin viidennes selittyy väestön ikä- ja sukupuolirakenteen muutoksella. Häkkinen ym. (2007) mallinsivat

iän, kuoleman läheisyyden ja sukupuolen yhteisvaikutuksia odotettavissa oleviin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon (pitkäaikaishoito ja reseptilääkkeet) kustannuksiin. He päätyivät siihen, että pitkäaikaishoidon tuleviin kustannuksiin sekä kuoleman läheisyys että (nais)sukupuoli vaikuttavat enemmän kuin kronologinen ikä. Malli, joka otti huomioon iän lisäksi myös kuoleman läheisyyden vaikutuksen, ennusti vuoteen 2036 mennessä 12 % alhaisempia kustannuksia kuin malli, jossa sitä ei otettu huomioon.

Ulkomaisissa tutkimuksissa on myös selvitelty iän ja kuoleman läheisyyden yhteisvaikutuksia palvelujen käyttöön. Yhteinen viesti on, että iäkkään väestön kussakin ikäryhmässä palvelujen käyttö todellakin riippuu myös vielä edessä olevien elinvuosien määrästä. Kattavien tietolähteiden puuttuessa useimmissa tutkimuksissa on kuitenkin voitu ottaa huomioon vain osa palveluista tai osa palvelujen käyttäjistä. Näiden tutkimusten perusteella on vaikea tehdä päätelmiä Suomen tilanteesta senkin vuoksi, että palvelurakente ja palvelujen sisältö vaihtelevat maasta toiseen ja usein maiden sisälläkin.

Omassa tutkimuksessamme lähestymme pitkäikäisyyden yleistymisen tuomia palveluhaasteita rekisteritutkimuksen keinoin<sup>1</sup>. Ihmisten omia kokemuksia ei tällä tavalla voi saada näkyviin, mutta sen sijaan on mahdollista saada kattava kokonaiskuva palvelujen käytöstä sekä iän ja kuoleman läheisyyden merkityksestä sille. Aineistomme käsitti useista valtakunnallisista rekistereistä koottuja tietoja kaikkiaan 75 600:n yli 70-vuotiaan vuosina 1998–2001 kuolleen suomalaisen palvelujen käytöstä heidän kahtena viimeisenä elinvuotenaan. Tarkimmat tiedot aineistossa on sairaalahoidosta sekä pitkäaikaishoidosta terveyskeskuksessa, vanhainkodissa ja ympärivuorokautisen palveluasumisen piirissä. Kotihoidosta tiedämme vain kunakin vuonna potilaslaskennan aikaan hoidon piirissä olevien määrän. Avosektorin terveyspalveluista, vaikkapa terveyskeskuslääkärin hoidosta, ei rekistereistä voi saada kunnon tietoja,

<sup>1</sup> Kiitämme dosentti Pekka Martikaista Helsingin yliopistosta ja hänen tutkimusryhmäänsä, jotka ystävällisesti antoivat kokoamansa rekisteriaineiston käyttöömme.



ja myös omaishoidon tärkeä osuus jää tässä puuttumaan. (Forma ym. 2007.)

## Viimeisten elinvuosien sosiaali- ja terveyspalvelut

Viimeisinä elinvuosinaan iäkäs ihminen on usein hauras ja paljolti toisten ihmisten avusta riippuvainen. Melkein kaikki yli 70-vuotiaina kuolevat suomalaiset viettävät viimeisinä elinvuosinaan ainakin jonkin aikaa sairaalassa tai pitkäaikaishoidossa. Mitä vanhempi ikäryhmä, sitä useammin ollaan pitkäaikaishoidossa ja sitä harvemmin sairaalahoidossa. Sairaalahoidossa on kahden viimeisen elinvuotensa aikana 7–9 kymmenestä yli 70-vuotiaana kuolleesta, kaikkein harvimmin yli 90-vuotiaana kuolleet naiset. Pitkäaikaishoidossa oli oman aineistomme mukaan viimeisten elinvuosiensa aikana noin 70 % yli 90-vuotiaana kuolleista naisista, mutta vain noin 25 % 70–79-vuotiaista miehistä. Kotihoitoa saivat useimmin 80–89-vuotiaat naiset (22 %) ja harvimmin 70–79-vuotiaat miehet (11 %). (Forma ym. 2007.)

Tutkimukset eri maista kertovat, että enemmistö ihmisistä toivoo voivansa kuolla kotona, mutta todellisuudessa kuolema korkean elintason länsimaissa tapahtuu useimmiten muualla, joko sairaalassa tai pitkäaikaislaitoksessa (Seale 2000; Klinkenberg ym. 2005). Iäkkäiden suomalaisten tavallisin kuolinpaikka on terveyskeskuksen vuodeosasto tai yleissairaala. Näissä paikoissa tapahtuu 7–8 kymmenestä yli 70-vuotiaiden kuolemasta. Muussa pitkäaikaisessa hoidossa kuin terveyskeskuksessa, siis vanhainkodeissa, hoivakodeissa ja ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä, tapahtuu yli 90-vuotiaiden naisten kuolemista joka neljäs, mutta 70–79-vuotiaiden miesten kuolemista vain viisi sadasta. Yliopistosairaaloissa tapahtuu noin joka kymmenes 70–79-vuotiaan kuolema, mutta vain 2–3 % yli 90-vuotiaiden kuolemista. Tavallinen koti

on vain harvoin iäkkään suomalaisen kuolinpaikka ja sitä harvinaisempi, mitä enemmän on ikää: kotona kuolee 10 % 70–79-vuotiaista miehistä, mutta vain 2 % yli 90-vuotiaista naisista. Ne, jotka kuolevat kotona, ovat yleensä viettäneet kaksi viimeistä vuottaan kokonaan kotona, useimmat ilman säännöllistä kotihoitoa, mutta pieni osa kotihoidon tukemana. (Aaltonen ym. 2007.)

Suunnilleen viidennes yli 90-vuotiaista naisista viettää elämässä kaksi viimeistä vuotta, aina kuolemaan saakka, samassa paikassa, useimmiten pitkäaikaishoidon laitoksessa, mutta pieni joukko myös kotona. On kuitenkin tavallista, että vanha ihminen joutuu viimeisinä elinvuosinaan olemaan useissa hoitopaikoissa ja siirtymään monta kertaa kodin ja hoitopaikan väliä tai hoitopaikasta toiseen. Näitä siirtymiä on nuoremmilla enemmän kuin vanhemmilla ja miehillä enemmän kuin naisilla, mutta yli 90-vuotiaatkin saattavat kahden viimeisen elinvuotensa aikana kokea toistakymmentä siirtymää kodin ja hoitopaikan välillä tai hoitopaikasta toiseen. Kaikkein eniten siirtymiä tapahtuu juuri kuolemaa edeltävinä parina kuukautena. (Aaltonen ym. 2007.) Laitosten välisten siirtymien lisäksi monet käyvät vielä useita kertoja erilaisissa avohoitopisteissä; tästä ei tietoja ole saatavilla.

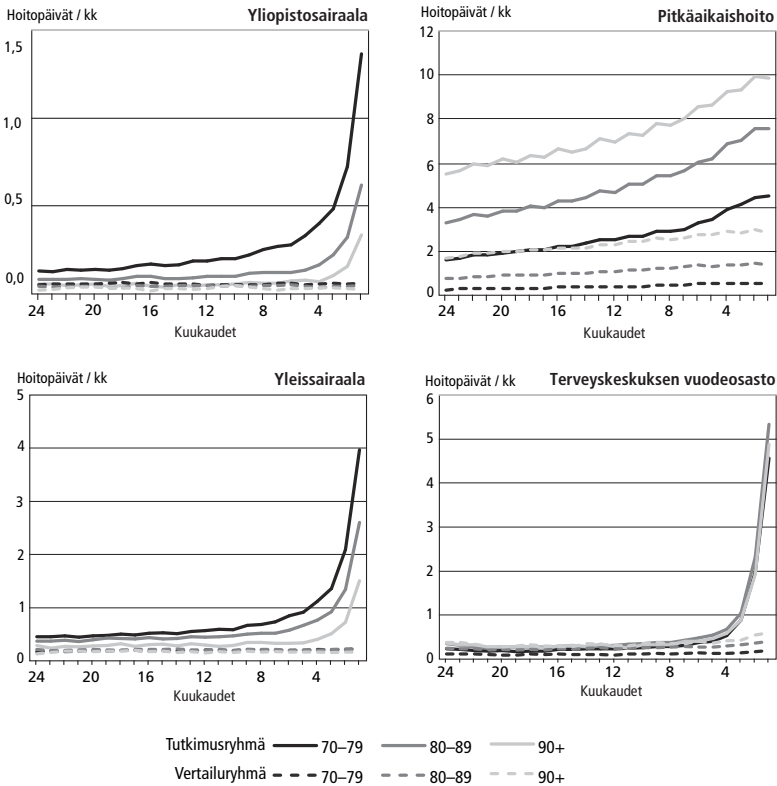
## Viekö hoitoon korkea ikä vai lähestyvä kuolema?

Tutkimuksemme keskeinen tavoite on selvittää, missä määrin palvelujen ja hoidon käyttö liittyy ikään sinänsä, missä määrin taas siihen, että elämä on tulossa päätökseensä. Tätä varten valitsimme jokaiselle tutkimusaikana yli 70-vuotiaana kuolleelle suomalaiselle vertailuparin, joka oli samanikäinen, samaa sukupuolta ja vielä asui samassa kunnassa, mutta eli ainakin kaksi vuotta vanhemmaksi kuin parin toinen henkilö. Ensimmäistä ryhmää nimitämme viimeisiä vuosiaan eläviksi ja pidempään eläneiden ryhmää yksinker-

taisesti vertailuryhmäksi. Tutkittavat jaettiin kolmeen ikäryhmään: 70–79-vuotiaat, 80–89-vuotiaat sekä 90-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Tutkimuksen menetelmiä ja yksityiskohtaisia tuloksia kuvataan tarkemmin toisaalla (Forma ym. käsikirjoitus 2008).

Jokaisessa kolmessa ikäryhmässä selvästi suurempi osa viimeisiä vuosiaan elävistä kuin vertailuryhmästä oli ollut sairaalassa kahden seurantavuoden aikana. Viimeisiä vuosiaan elävistä nuorimmat tutkitut, 70–79-vuotiaat, olivat sairaalahoidossa useammin kuin vanhemmat, mutta vertailuryhmällä sairaalahoidoito yleistyi vanhimpiin ikäryhmiin siirryttäessä. Suurin todennäköisyys sairaalahoidoon oli 70–79-vuotiailla viimeisiä elinvuosiaan elävillä ja pienin samanikäisellä vertailuryhmällä. Pitkäaikaishoidossa olleiden osuus kasvoi nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään siirryttäessä sekä viimeisiä vuosiaan elävillä että vertailuryhmällä, mutta ero ryhmien välillä oli vielä suurempi kuin sairaalahoidossa. Viimeisiä vuosiaan elävistä 70–79-vuotiaista naisista 36 % ja yli 90-vuotiaista 76 % oli pitkäaikaishoidossa, kun luvut samanikäisillä vertailuryhmillä olivat 9 % ja 45 %. Miehistä pitkäaikaishoidossa oli viimeisinä elinvuosinaan 26 % nuorimmista ja 61 % vanhimmista, ja vertailuryhmissä 6 % ja 27 %. Viimeisiä vuosiaan elävien 80–89-vuotiaiden todennäköisyys olla laitoshoidossa oli suurempi kuin yli 90-vuotiaiden vertailuryhmän, ja samoin viimeisiä vuosiaan elävien 70–79-vuotiaiden suurempi kuin 80–89-vuotiaiden vertailuryhmän. Järjestettyä kotihoitoa saivat viimeisiä vuosiaan elävät useammin kuin vertailuryhmään kuuluvat; ainoana poikkeuksena yli 90-vuotiaat vertailuryhmän miehet saivat kotihoitoa hieman useammin kuin samanikäiset miehet kahtena viimeisenä elinvuotenaan.

Kuvio 1 kuvaa hoitopäivien keskimäärää erilaisissa hoitopaikoissa 24 viimeisen elinkuukauden aikana kuolemaa lähestyvillä ja heidän kaksi vuotta pidempään eläneillä vertailuryhmillään kolmessa ikäryhmässä. Yliopistosairaaloiden ja yleissairaaloiden hoitopäivät kasvavat nopeasti viimeisinä elinkuukausina, mutta samanikäisillä pidempään elävillä ne pysyvät suunnilleen samalla



Kuvio 1. Keskimääräiset hoitopäivät erilaisissa hoitolaitoksissa 70–79-vuotiailla, 80–89-vuotiailla sekä 90-vuotiailla ja sitä vanhemmilla 24 viimeisen elinkuukauden aikana tutkimusryhmässä ja samana aikana iän, sukupuolen ja asuinpaikan suhteen samanlaisessa vertailuryhmässä, joka eli ainakin kaksi vuotta pidempään

matalalla tasolla koko seuranta-ajan. Sairalahoitopäivät terveyskeskuksen vuodeosastolla alkavat kasvaa jyrkästi noin neljä kuukautta ennen kuolemaa, suunnilleen samalla tavoin kaikilla ikäryhmillä. Pitkäaikaishoidon, siis terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon, vanhainkotien, hoivakotien ja ympärivuorokautisen palveluasumisen, kuva on monimutkaisempi. Yli 80-vuotiaiden hoitopäivien

määrä kasvaa selvästi ja tasaisesti kuolemaa edeltävinä 24 kuukautena, naisilla vielä enemmän kuin miehillä. Elämän loppuvaiheen hoidontarpeesta kertoo sekin, että 70–79-vuotiaina kuolevilla on parin viimeisen elinkuukautensa aikana keskimäärin enemmän laitoshoitopäiviä kuin yli 80-vuotiailla pidempään elävillä. Vähiten laitoshoittoa käyttävät tässä tutkituista 70–89-vuotiaat, joilla on jäljellä vielä ainakin kaksi elinvuotta, eikä hoitopäivien määrä heillä kasva kovin paljoa kahden seurantavuoden aikana.

## Millaisia palveluita vanhat tarvitsevat?

Tuloksemme kertovat, että sekä iällä että kuoleman lähestymisellä on merkitystä hoidon määrän ja eri hoitopaikkoihin valikoitumisen kannalta. Erikoistunut sairaalahoito on enemmän ”nuorten vanhojen” kuin todella pitkäikäisten hoitomuoto. Voi kuitenkin ennakoida, että koska kuolema siirtyy yhä vanhempaan ikään, hyväkuntoisten hyvin vanhojen määrä kasvaa ja hoitomenetelmät kehittyvät, erikoissairaanhoidon merkitys myös kaikkein vanhimpien hoidossa kasvaa.

Viimeisiä vuosiaan elävien ja samanikäisten pidempään elävien ero pitkäaikaishoidon käytössä vahvistaa käsitystä, että palvelujen tarve ei väestön vanhetessa ehkä kasva niin nopeasti kuin eri ikäryhmien nykyisestä palvelujen käytöstä suoraan voisi päätellä. Mutta ikä on tulevaisuudessakin olennainen palvelujen tarpeesta kertova tekijä, ja vanhojen ikäryhmien kasvaessa palvelujen kokonaistarve varmasti kasvaa. Ennusteet sanovat, että 30 seuraavan vuoden aikana yli 65-vuotiaiden määrää nousee 1,4 miljoonaan ennen kuin se taas alkaa laskea ja 100 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa samana aikana nykyisestä noin 380:stä noin 1 300:aan (Ryyänen & Notkola 2007; Tilastokeskus 2007). Vanhojen ihmisten hoidon tarve – miten tarpeen käsite ymmärretäänkin – ei kuitenkaan määräydy vain heidän määränsä, terveytensä ja elinikänsä pe-

rusteella. Erityisesti pitkäaikaishoidon tarpeeseen ja kysyntään vaikuttavat monet yhteiskunnan ja kulttuurin piirteet, joita ei ehkä tässä yhteydessä helposti tulisi ajatelleeksi, sellaiset kuten perhemallien, työelämän ja sukupuolten työnjaon muutokset, asumisen ja yhdyskuntarakenteen kehitys, liikenne- ja kommunikaatoratkaisut. Perhe- ja asuntopolitiikka vaikuttavat myös siihen, miten sukupolvien väliset suhteet arkielämässä järjestyvät. Miesten ja naisten väliset erot palvelujen käytössä eivät selity vain erilaisella terveydentilalla vaan myös eroilla perhe- ja asumistilanteissa, ja kuka ties myös hoitojärjestelmän erilaisesta suhtautumisesta eri sukupuoliin. Kaikki nämä muovaavat iäkkään ihmisen asemaa, hänen osallisuuttaan yhteiskunnassa ja hänen mahdollisuuksiaan selviytyä yhteisössä silloinkin, kun toimintakyky ei enää ole nuoren veroinen. Keskeisessä asemassa ovat myös kotihoitoon kehittyminen ja se, miten omaishoitoa tuetaan.

Vanhojen ihmisten hoitoa ja hoitopaikkojen määrää Suomessa määrittävät kotona asumisen suosiminen sekä ”oikean hoitopaikan” logiikka. Ajatus, että vanhan ihmisen on raihnaisenakin paras asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista, on sekä vanhojen ihmisten ja heidän omaistensa että suuren yleisön ja politiikan tekijöiden yleisesti hyväksymä. Eri mieltä ollaan siitä, mitä tarkoittaa ”mahdollisimman pitkään”. Kun kotihoito on kaikkialla ja varsinkin suurissa kaupungeissa tarpeeseen nähden alimitoitettu, seuraa kotona asumisen ideologiasta joskus dementoituneen vanhuksen lukitseminen kotiinsa, huonokuntoisen pelokkaan ihmisen kotiuttaminen sairaalasta yksinäiseen asuntoon ja tragikoominen käytäntö, jossa kunnat maksavat yliopistosairaaloille suuria sakkomaksuja siitä, että potilaalle, joka sairaalan näkökulmasta ei enää sen hoitoa tarvitsisi, ei löydy muutakaan olinpaikkaa. Vanhat ihmiset itse tuntuvat itse kyllä tunnistavan tilanteen, jossa ovat jo mielestään asuneet kotonaan ”mahdollisimman pitkään”, ja tahtoisivat etsiä muita ratkaisuja, mutta palvelujen tarjoajia kotona asumisen ideologia näyttää estävän muiden vaihtoehtojen kehittämises-

tä. Sairaalat, vanhainkotien osastot, hoitokodit ja palveluasunnot taas luokittelevat, karsivat ja valitsevat ihmisiä sen mukaan, millaisia sairauksia heillä on, mistä he selviytyvät ja missä on vaikeuksia, mihin heidän psyykkinen toimintakykynsä riittää ja mihin ei.

”Oikein hoitopaikan” logiikka on järkevä silloin, kun on kyse perimmältään toimintakykyisten keski-ikäisten tai nuorten ihmisten ohimeneviksi arvelujen sairaustilanteiden hoitamisesta, mutta vanhojen ihmisten viimeisten elinvuosien asuinpaikkaa etsittäessä se on kelvoton ajattelutapa. Vaikka 90-vuotias tänään kykenisikin siihen ja tähän, tilanne saattaa parin viikon kuluttua olla toinen, eikä seurauksena silloin pitäisi olla asuinpaikan vaihdos vaan palvelujen ja avun lisääminen. Omat alustavat tutkimustuloksemme kertovat, että viimeisinä elinvuosinaan vanhat ihmiset kokevat yleensä useita, jopa monia kymmeniä siirtoja hoitopaikasta toiseen. Emme tiedä vielä tarkasti, mikä näiden siirtymien luonne on, ja siksi lukuja on tulkittava varoen. On selvää, että hyvinkin vanhojen akuutit sairaudet on kunnolla tutkittava ja hoidettava ja joskus siihen tarvitaan hoitajaksoa sairaalassa. Emme kuitenkaan usko, että tämä selittäisi paljoakaan siirtymien suuresta määrästä. Pikemminkin voi epäillä, että nykyinen palvelujärjestelmämme ei ole valmistautunut kohtaamaan vanhojen ihmisten tarpeita: perusturvan ja huolenpidon tarjoavaan kotiin tulisi tarvittaessa voida järjestää myös vaativampia terveydenhuollon palveluita ja siellä pitäisi voida myös turvallisesti kuolla. Nykyisin kukin hoitopaikka tarjoaa omia palveluitaan ja viimeisinä vuosinaan ihminen siirtyilee niiden välillä. Parempi olisi, jos vanha ihminen voisi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuisivat.

Palvelujen suunnittelupuheessa vanhat ihmiset esiintyvät usein normaaliväestöstä poikkeavina ”toisina” ja järjestelmän tavoite vaikuttaa olevan selvitä näiden ”toisten” käsittelystä mahdollisimman vaivattomasti ja halvalla. Vanhalle ihmiselle itselleen hänen viimeiset elinvuotensa eivät ole ”kuolemaa edeltäviä” jäännös vuosia, vaan kallisarvoisia edessä olevia elämän vuosia. 80- tai 90-vuotispäivään-

sä viettävä pohtii, kuinka voisi etenevästä raihnaisuudestaan huolimatta säilyttää elämänsä merkitystä ja tyydytystä tuottavat asiat ja jatkaa eteenpäin samana ihmisenä, joka on ennenkin ollut. Tämän toteutuminen riippuu ratkaisevasti palvelujärjestelmästä, sen joustavuudesta ja kyvystä orientoitua vanhan ihmisen muuttuvien tarpeiden mukaan.

## Kirjallisuus

- Aaltonen, Mari & Forma, Leena & Jylhä, Marja & Raitanen, Jani & Rissanen, Pekka (2007) Kuolinpaikka ja siirtymät hoitopaikkojen välillä kahden viimeisen elinvuoden aikana. Poster Gerontologian päivillä Oulussa 4.–5. 5. 2007.
- Forma, Leena & Rissanen, Pekka & Noro, Anja & Raitanen, Jani & Jylhä, Marja (2007) Health and social service use among old people in the last 2 years of life. *European Journal of Ageing* 4, 145–154.
- Forma, Leena & Rissanen, Pekka & Noro, Anja & Raitanen, Jani & Jylhä, Marja (2008) Age and closeness to death as determinants of health and social care utilization: a case-control study. Käsikirjoitus, lähetetty julkaistavaksi.
- Guralnik, Jack M & LaCroix, Andrea Z & Branch, Lawrence G & Kasl, Stanislav V & Wallace, Robert B (1991) Morbidity and disability in older persons in the year prior to death. *American Journal of Public Health* 81 (4), 443–447.
- Hujanen, Timo & Pekurinen, Markku & Häkkinen, Unto (2006) terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Työpapereita 11/2006. Helsinki: Stakes.
- Häkkinen, Unto & Martikainen, Pekka & Noro, Anja & Nihtilä, Elina & Peltonen, Mikko (2007) Aging, health expenditure, proximity of death and income in Finland. Discussion paper. Helsinki: Stakes.
- Klinkenberg, Marianne & Visser, Geraldine & Broese van Groenou, Marjolein I & van der Wal, Gerrit & Deeg, Dorly J H & Willems, Dick L (2005) The last 3 months of life: care, transitions and the place of death of older people. *Health and Social Care in the Community* 13(5), 420–430.
- Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2004) Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2204. Helsinki, 117–130.
- Ryynänen, Markku & Notkola, Veijo (2007) Väestönkehitys ja sen ennustaminen. Teoksessa Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija, ym. (toim.) *Suomen väestö*. Helsinki: Gaudeamus, 271–298.
- Seale, Clive (2000) Changing patterns of death and dying. *Social Science & Medicine* 51, 917–930.
- Sulander, Tommi & Puska, Pekka & Nissinen, Aulikki & Uutela, Antti



- (2007) 75–84-vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993–2005. Suomen Lääkärilehti 1–2, 29–33.
- Tilastokeskus, StatFin-palvelu 2007.
- Tilastollinen vuosikirja 2006 (2007) Helsinki: Tilastokeskus
- Vitikainen, Kirsi & Forma, Leena & Jylhä, Marja & Rissanen, Pekka (2005) Iän ja lähestyvän kuoleman vaikutukset ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja kustannuksiin. Kirjallisuuskatsaus. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2), 170–178.

# III

## MUUTOSTEN JA VAIHTOEHTOJEN ARVIOINTI



*Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola*

## ONKO JO AIKA SULKEA PSYKIATRISET SAIRAALAT?

MERTTU-hanke<sup>1</sup> arvioi suomalaisen aikuisväestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta Suomen Akatemian TERTTU-ohjelman ja Suomen Kuntaliiton rahoittamana vuosina 2004–2006. Stake-sin mielenterveysryhmän toteuttaman tutkimushankkeen tulosten perusteella mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on Suomessa vielä kesken. Hankkeen tulosten mukaan psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ja psykiatristen sairaalahoitojaksojen lyhentäminen on Suomessa ollut oikeansuuntainen. Onko jo aika sulkea viimeisetkin psykiatriset sairaalat Suomessa?

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Vuoden 1991 alusta erikoissairaanhoidolaki yhdensi melisairaanhoidopiirit ja sairaanhoidopiirit. Valtion normi- ja talousohjaus mielenterveyspalveluissa loppui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä. Hallinnollisten uudistusten seurauksena psykiatrian voimavarot leikattiin sairaanhoidopiireissä somaattista sairaanhoitoa enemmän 1990-luvulla (Kärkkäinen 2004).

Vastuu mielenterveystyöstä on siis siirretty keskushallinnolta kunnille. Samaan aikaan sairaalahoitopainotteisesta mallista on tapahtunut siirtymistä kohti monipuolisten avohoitopalvelujen mallia ja palveluntuottajien kirjo on laajentunut: palveluja järjestävät sairaanhoidopiirit, kunnat sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, ja palvelujärjestelmä on pirstaloitunut. (Pirkola & Sohlman 2005.)

---

1 Lisätietoja Merttu-hankkeesta: [www.stakes.fi/merttu](http://www.stakes.fi/merttu)

Psykiatrisen sairaalahoidon volyymi on nykyään alle neljäsosa siitä, mitä se oli 1970-luvun alussa. Psykiatrasta hoitoa pyritään siis nykyään yhä enemmän toteuttamaan avohoitona, potilaan sosiaalista verkostoa säilyttäen. Jossakin määrin on keskusteltu siitä, onko psykiatrasta sairaalahoitoa supistettu potilaiden hyvinvoinnin kustannuksella. Tilanteen kokonaisvaltainen arviointi on haastava. Stakesin MERTTU-hanke käynnistettiin aikuisväestön mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden arvioimiseksi. Tutkimushanke kartoitti mielenterveyspalveluja kuntatasolla ja arvioi eri palvelurakenteiden vaikutusta kuntalaisten mielenterveyteen. Hanke selvitti myös kansallisella tasolla mielenterveyspalveluiden muutostrendien vaikuttavuutta. Hanke nivoutui tiiviisti eurooppalaisen psykiatrisen terveydenhuoltotutkimuksen, ”mental health services research”, tutkimusparadigmaan.

Mielenterveyspalveluiden tila on Suomessa monelta osin huolestuttava. Palveluiden saatavuus on edelleen alhainen, pakkohoidon määrä on eurooppalaisittain korkea ja laitoshoitovaltaisuus sitoo resursseja estäen avohoidon kehittämisen.

## Mielenterveyspalvelujen saatavuus on Suomessa puutteellinen

Suomalaisten väestötutkimusten perusteella vain osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä kansalaisista on hoidon piirissä. Hoidon saatavuus näyttää tutkimusten valossa parantuneen, mutta esimerkiksi masennusta potevista enemmistö on edelleen hoidon ulkopuolella. Masennuksesta kärsivistä oli kuluneen vuoden aikana ollut hoidossa 27 % vuonna 1996 toteutetun terveydenhuollon väestötutkimuksen mukaan (Hämäläinen ym. 2004) ja 34 % vuosina 2000–2001 toteutetun Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan (Hämäläinen ym. 2008). Vuonna 2005 Pohjanmaalla masennustilasta kärsineistä 35 % ilmoitti käyttäneensä kuluneen vuoden aikana ter-

veyspalveluja mielenterveysongelmien takia, naisista 40 % mutta miehistä vain 24 % (Tuulari ym. 2007). Koska moni mielenterveyden häiriöstä kärsivä on maksuttoman työterveyshuollon ulkopuolella, hoidon saatavuutta rajoittavat muun muassa julkisen terveydenhuollon rajallinen tarjonta ja terveydenhuollon asiakasmaksut (Wahlbeck ym. 2007). Lempäälän kunnassa tehdyn selvityksen mukaan mielenterveysasiakkaiden oma osuus hoidon rahoituksesta on korkea, 24 % (Forma ym. 2003).

Mielenterveyspalvelujen saatavuus vaihtelee alueellisesti. Harkinnanvaraiseen psykoterapiaan pääsyssä oli yli nelinkertaisia eroja vuonna 2002 (Wahlbeck 2005). Päihde- ja mielenterveyspalvelujen rekrytointivaikeudet vaihtelevat alueellisesti, mikä osaltaan luo alueellista epäoikeudenmukaisuutta palvelutarjonnassa. Myös lasten- ja nuorisopsykiatrian hoitotakuun toteutumisessa esiintyy alueellista vaihtelua (Wahlbeck 2007). Aikuispsykiatriassa pääosa sairaanhoitopiireistä pystyy toteuttamaan hoitoon pääsyä määräajassa, mutta tarjotun hoidon sisällössä on laatuongelmia (lähde: T. Tuori, Stakes).

Vuosituhanen alussa lastenpsykiatrian jonot vähenivät, mutta eduskunnan myöntämästä lisämäärärahasta ja sairaalahoidon lisäämisestä huolimatta lastenpsykiatriasta hoitoa jonottavien määrä ei ole vuoden 2003 jälkeen kansallisella tasolla vähentynyt. Syksyllä 2006 toteutetun kyselyn mukaan hoitoa jonotti yli säädetyin rajan (3 kuukautta) yli 400 lasta ja yli 200 nuorta (lähde: A. Rauvala, Stakes).

Mielenterveyspotilaiden ylikuolleisuus luonnollisista kuolin-syistä viittaa siihen, että heille on olemassa esteitä myös yleisten terveyspalveluiden saatavuudessa. Suomessa mielenterveyden häiriöstä kärsivän kuoleman riski on muuhun väestöön nähden puoltitoistakertainen (Joukamaa ym. 2001) ja skitsofreniaa sairastavilla kuoleman riski on yli kaksinkertainen erilaisten riskitekijöiden vakioinnin jälkeenkin (Joukamaa ym. 2006). MERTTU-hankkeen osatutkimus osoitti, että nuorisovankien joukossa on yhä enemmän

psykiatrasta sairaalahoitoa saaneita ja että heillä on ylikuolleisuutta verrattuna vankeihin, joilla ei ollut psykiatrasta sairaalahoitojaksoa (Sailas ym. 2005; 2006), mikä viittaa siihen, että tämän moniongelmaisen ryhmän terveydenhuoltopalvelut ovat riittämättömät.

## Pakkohoito on Suomessa liian yleistä

Eurooppalaisessa vertailussa potilaan tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon osuus on Suomessa suuri (Salize ym. 2002). Psykiatrisilla osastoilla on vuosittain pakkohoidossa yli 9 000 suomalaista. Tahdosta riippumattoman hoidon käytössä psykiatrisissa sairaaloissa ei ole aikuisten osalta tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosina 1999–2002 (Tuori & Kiikkala 2004). Psykiatristen sairaalapotilaiden riski joutua pakkotoimenpiteiden kohteeksi on pysynyt muuttumattomana vuosina 1990–2004 (Keski-Valkama ym. 2007). Lapsilla ja alaikäisillä nuorilla tahdosta riippumattomalla läheteellä saapuminen sairaalaan on vuosina 1995–2004 selvästi yleistynyt (Tuori ym. 2006).

Pakkohoidon ja -toimenpiteiden käyttö vaihtelee kymmenkeraisesti sairaanhoitopiireittäin (Tuori 2002; Tuori & Kiikkala 2004; Tuori ym. 2006), mikä osoittaa, että pikemminkin hoitokulttuurin erot kuin lääketieteelliset perusteet ovat ratkaisevia pakkohoidon käytössä. Ei ole kansalaisten tasa-arvon tai oikeusturvan mukais-ta, että asuinpaikka ratkaisee, käytetäänkö potilaan hoidossa pakkoa vai ei.

Pakkohoitoa voidaan vähentää kehittämällä avohoitoa, jossa varsinkin matalan kynnyksen toimipisteet, etsivä toiminta ja liikkuvat työryhmät voivat parantaa hoidon saatavuutta ja tarjota mahdollisuuden ehkäistä tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen syntymistä. Suomen korkeat pakkohoitoluvut voidaan nähdä avohoidon kehittymättömyyden osoittimena ja ihmisoikeusongelmana.

## Mielenterveyspalvelut ovat Suomessa laitosvaltaisia

Vaikka Suomen mielenterveyslaki on jo 1990-luvun alusta määritellyt avohoidon ensisijaiseksi hoitomuodoksi, tilastojen mukaan pitkäaikaista tukea tarvitsevien potilaiden avohoidon kehittäminen on edelleen kovasti kesken. Suomessa on edelleen noin 1 500 psykiatrista potilasta, jotka ovat olleet hoidossa yhtäjaksoisesti yli vuoden.

Kansainvälisesti katsoen Suomessa mielenterveyden häiriöiden hoito on edelleen sairaalakeskeistä. Pohjoismaista meillä on myös eniten psykiatrisia sairaalapaikkoja väestön määrään suhteutettuna – vain hieman vähemmän kuin Venäjällä. Yli vuoden kestävää psykiatrista sairaalahoitoa Suomessa on selvästi enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja myös enemmän kuin Venäjällä. Suomessa hoidon painottuminen sairaalahoitoon kertonee enemmänkin avohoidon jälkeensä jääneisyydestä kuin sairaalalaitoksen kehittyneisyydestä. (Tuori ym. 2007; Sakharova ym. 2007.)

Alaikäisten osalta psykiatrinen sairaalahoito on lisääntynyt, vaikka terveystaloudellisesti pyrkimyksenä on ollut panostaminen avohoitoon ja kotiin vietyihin palveluihin. Kuluneen kymmenvuotiskauden aikana psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen alaikäisten potilaiden määrä kaksinkertaistui ja hoitopäivät lisääntyivät 44 %. Vuonna 1995 oli psykiatrisessa sairaalahoidossa 0,22 % alaikäistä, kun vastaava luku vuonna 2004 oli 0,55 %. (Tuori ym. 2006.)

Suomen Lääkäriliiton lääkärikysely kertoo, että alle 20 % psykiatreista toimii avohoidon palveluiden puolella. Työ koetaan kuormittavaksi; varsinkin avohoidossa toimivat psykiatrit ja lastenpsykiatrit raportoivat muita lääkäreitä enemmän masennusta ja työuupumusta (Korkeila ym. 2003).

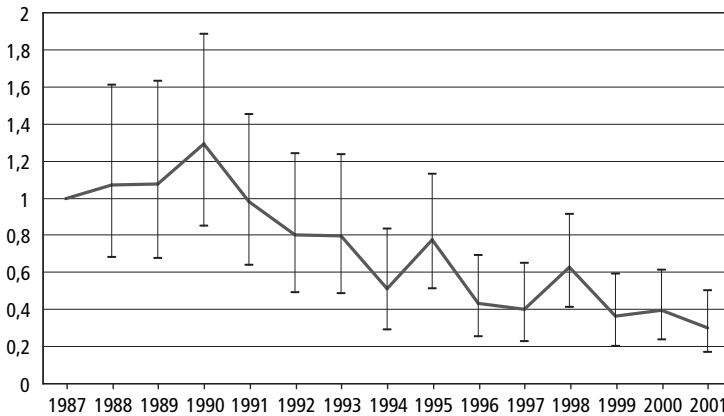


## Psykiatrisen sairaalakäytön väheneminen on itsemurhalukujen valossa ollut vaikuttavaa

MERTTU-hankkeessa arvioitiin sairaalahoidon vähentämisen vaikuttavuutta tarkastelemalla psykiatrisesta hoidosta uloskirjoitettujen potilaiden itsemurhia. Uloskirjoituksen jälkeisen itsemurhan katsottiin osoittavan sairaalahoidon epäonnistumista. On ollut pelättävissä, että hoitajaksojen liiallinen lyhyys voisi johtaa sairaalahoidon jälkeisten itsemurhien lisääntymiseen. Suomessa noin viidesosa itsemurhasta tapahtuu vuoden sisällä psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeen (Pirkola ym. 2007), joten psykiatrisen sairaalahoidon optimaalisella toteuttamisella on myös merkitystä suisi-diprevention kannalta.

Sohlmanin ym. (2005; 2006) MERTTU-hankkeeseen liittyvässä osatutkimuksessa tarkasteltiin itsemurhakuolleisuutta psykiatrisesta sairaalasta lähtöä seuranneen viikon kuluessa vuosina 1987–2001. Psykiatrista sairaalahoittoa seuranneen viikon itsemurhakuolleisuus pieneni lähes puolella. Vastaavana ajanjaksona yleisväestön itsemurhakuolleisuus väheni noin 16 %. Erityisen kiinnostavaa on, että lyhyimpien, alle viikon kestäneiden hoitajaksojen jälkeinen itsemurhakuolleisuus pieneni vuosina 1987–2001 noin kolmasosaan (kuvio 1). Yleisväestöä parempi kehitys itsemurhalu-  
vuissa voi selittyä hoitokäytäntöjen paranemisella tai psykiatrisissa sairaaloissa hoidetun potilasjoukon muutoksilla. Tutkimustulosten perusteella voidaan vetää johtopäätös, että psykiatristen sairaalahoitajaksojen lyhentymisen ei ole Suomessa ainakaan huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten välittömien itsemurhien määrällä mitattuna.

Pirkola ym. (2007) toistivat löydöksen tarkastellessaan uloskirjoitusta seuranneen vuoden aikana tapahtuneita itsemurhia MERTTU-hankkeessa. Vuosina 1995–2001 riski kuolla itsemur-



Kuvio 1. Alle viikon pituisen psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeisen viikon indeksoidut itsemurhaluvut vuosina 1988–2001 (95 %:n luottamusvälit)

haan vuoden sisällä psykiatrisesta sairaalahoidosta on ollut tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin vuosina 1985–1991 (Pirkola ym. 2007). Samaan aikaan psykiatristen hoitajaksojen pituus oli lyhentynyt merkittävästi. Vuosina 1985–1991 puolet hoitajaksoista oli alle 20 päivää, kun vastaavasti vuosina 1995–2001 puolet jaksoista oli alle 14 päivää. Kuitenkin vuosina 1995–2001 itsemurhan riski sekä välittömästi osastohoidon jälkeen että sitä seuranneen vuoden aikana väheni merkitsevästi verrattuna tilanteeseen kymmenen vuotta aikaisemmin. Vuonna 1985 hoidetun potilaan riski tehdä itsemurha hoidon jälkeisenä vuonna oli 1,3 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli yksi prosentti. Itsemurhariski pieneni merkitsevästi tärkeimmissä psykiatrisissa sairauksissa: skitsofreniassa sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöissä.

Kun tuloksia mitataan itsemurhilla, Suomen sairaalapainotteisuutta purkanut mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on MERTTU-hankkeen tutkimustulosten mukaan ollut oikeansuuntainen. Psykiatrisen osastohoidon lyheneminen ei ole lisännyt välitöntä tai myöhempää itsemurhariskiä. Tutkimuksen mukaan

psykiatrisen sairaalahoidon mitoitus on Suomessa kohdallaan. Saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon on todennäköisesti erittäin tärkeää itsemurhien ehkäisyssä. Avohoidon ja sairaalan yhteistyön kehittäminen on keskeinen haaste, kun sairaalahoidon rooli mielenterveyspalveluissa edelleen vähenee.

## Kehittynyt avohoito on vaikuttava

MERTTU-tutkimus selvitti työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden tilaa kartoittamalla kuntien vuonna 2004 käyttämät työikäisten mielenterveyspalvelut European Service Mapping Schedule -luokittelujärjestelmän avulla. Lisäksi selvitettiin kunnissa vuoden 1991 jälkeen tehdyt mielenterveystyötä koskevat hallinnolliset ratkaisut. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa, oliko kunnassa siirretty mielenterveysavopalveluja erikoissairaanhoidosta edes osittain terveyskeskuksen toiminnaksi, oliko kunnassa yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyön yksikköä ja sovit-tuja yhteistyömuotoja. Tutkimukseen osallistui 72 % Manner-Suomen kunnista.

MERTTU-tutkimuksen mukaan kuntien välillä on havaittavissa selkeitä eroja niin mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoissa kuin palvelujen monimuotoisuudessaakin. Yleisin palvelujen järjestämisessä tapahtunut hallinnollinen muutos on ollut mielenterveyspalvelujen siirtäminen erikoissairaanhoidosta joko kokonaan tai osittain terveyskeskuksen toiminnaksi. Näin oli vuoteen 2005 mennessä tapahtunut yli puolessa vastanneista kunnista. Muutos ei kuitenkaan ole luonut monimuotoisuutta palvelutarjontaan. Kunnat, joissa avohoitotoimintaa oli siirretty erikoissairaanhoidosta omaksi toiminnaksi, käyttivät enemmän laitousyksikkötyyppejä ja vastaavasti vähemmän eri avohoitoyksikkötyyppejä. Sen sijaan näissä kunnissa oli enemmän sovittuja yhteistyömuotoja sosiaali-toimen ja psykiatrian erikoissairaanhoidon välillä. Näyttää siis siltä,

että työikäisen väestön mielenterveysavopalvelujen siirtäminen perusterveydenhuollon yhteyteen on tukenut yhteistyömuotojen syntymistä, mutta ei ole monipuolistanut palvelutarjontaa. Avohoidon kehittämistarpeet näyttävät olevan suurimmat kunnissa, joissa ne ovat terveyskeskuksen vastuulla. (Harjajärvi ym. 2006.)

Palvelurakenne on monipuolisin suurissa kaupungeissa (Harjajärvi ym. 2006), ja palveluja järjestävän alueen riittävä väestöpohja onkin edellytyksenä monipuolisten palvelujen tarjoamiselle. Pienet, yhden tai muutaman erikoislääkärin avohoitoyksiköt eivät pysty vastaamaan kasvaneeseen vaatimustasoon osaamisen suhteen.

Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. Yleensä ympärivuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat yksiköt ovat perinteisiä sairaalaosastoja ja vaihtoehtoja ei juuri ole tarjolla, kun tarvitaan akuuttia ympärivuorokautista hoitoa. Järjestettyä päivätoimintaa on tarjolla melko vähän huolimatta siitä, että se muodostaa tärkeän osan mielenterveyskuntoutujan palvelupallettia. (Harjajärvi ym. 2006.)

Työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta analysoitiin käyttäen kuntakohtaista itsemurhariskiä tulospittarina MERTTU-hankkeessa (Pirkola ym. 2008). Mikäli kunnassa oli liikkuvia mielenterveyspalveluja, ympärivuorokautinen päivystys ja enemmän erilaisia avohoitoyksikköjä, kuntalaisten itsemurhakuolleisuus oli alempi. Koska oli tiedossa, että itsemurhariski liittyy kunnan väestön demografiaan ja sosioekonomisiin tekijöihin, tuloja vakioitiin näitten tekijöiden suhteen. Yhteys monimuotoisten avohoitopalvelujen ja alhaisemman itsemurhakuolleisuuden välillä säilyi vakioinnin jälkeen. Kehittyneet avohoitopalvelut ovat tutkimuksen perusteella yhteydessä alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen, kun taas kunnissa, joissa on laitospainotteisempi palvelutarjonta, itsemurhaluvut ovat korkeammat. MERTTU-hankkeen tutkimustulos on suomalaisten mielenterveyspalveluiden kehittä-

misen kannalta tärkeä: tulostemme valossa on vaikuttavampaa rakentaa monimuotoinen mielenterveyspalvelupalvelujärjestelmä kuin panostaa pelkästään vastaanottotoiminnan volyymin kasvuun.

Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämissyrkimyksistä huolimatta tilanne on monissa kunnissa mielenterveyspalveluiden monimuotoisuuden suhteen edelleen epätydyttävä. Laitoshoitopainotteisuutta esiintyy paikoitellen edelleen, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä kesken, ja niin mielenterveystyön kuin mielenterveyspalvelujenkin kehittäminen tulee pysymään kuntien suurena haasteena myös vastaisuudessa. (Harjajärvi ym. 2006.)

Yleensä ympärivuorokautiset mielenterveyspalvelut olivat perinteisiä sairaalaosastoja. Vaihtoehtoja perinteiselle sairaalahoidolle ei juuri ollut tarjolla. Akuutteja päiväpalveluja käyttää vain 15 % kunnista. Järjestettyä päivätoimintaa oli tarjolla melko vähän. Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. (Harjajärvi ym. 2006.)

MERTTU-hankkeessa kartoitettiin myös kuntien mielenterveystyön strategioita. Alle neljännes kunnista raportoi ottaneensa käyttöön mielenterveystyön strategian tai -ohjelman vuosina 1991–2004. Neljänestä voidaan pitää varsin pienenä osuutena ottaen huomioon, että kansallista ohjausta strategian laatimiselle on ollut tarjolla. Tuloksemme osoittivat, että strategian käyttöönotto liittyi yleisempään muutos- ja kehittämishalukkuuteen mielenterveystyön saralla. Strategian käyttöönotto oli yhteydessä mielenterveystyötä koskevien hallinnollisten muutosten määrään.

## Tarvitsemme kansallisen kehittämisohjelman

Työikäisten mielenterveyspalvelut nojaavat vielä pitkälti perinteiseen laitoshoitoon, ja avohoitomuodot ovat vasta kehitteillä. Kuitenkin itsemurhien tarkastelun perusteella avohoitopainotteiset mielenterveyspalvelut ovat sairaalakeskeistä järjestelmää vaikuttavampia, ja merkkejä siitä, että psykiatriset osastojaksot olisivat keskimäärin liian lyhyitä, ei MERTTU-hankkeessa löytynyt. Monipuoliset ja avohoitopainotteisemmat palvelut ja laitoshoidon purku liittyivät alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen.

Sairaalapalveluiden riittävyttä tutkittiin tarkastelemalla psykiatristen sairaalahoitajaksojen jälkeisiä itsemurhia. Osastohoidon jälkeinen itsemurha voisi olla osoitin riittämättömästä osastohoidosta. Tutkimusten mukaan hoitajaksojen lyhentymisestä huolimatta osastohoidon jälkeiset itsemurhat ovat vähentyneet. Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen näyttää MERTTU-hankkeen valossa onnistuneelta. Voi olla, että avohoitoon ohjaamiskäytännöissä on tapahtunut sisällöllistä kehittymistä, samalla kun toisaalta sairaalapaikkojen vähentäminen on kohdentunut oikein ja hoitojen pituudet ovat asettuneet paremmin vaikuttavalle tasolle. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että Suomessa olisi viisasta edelleen jatkaa resurssien siirtoa psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon, varsinkin kun kansainvälisessä vertailussa sairaalakäyttömme on edelleen suhteellisen korkealla.

Ulkomaisten kokemusten mukaan psykiatrian sairaalasijoja voidaan vähentää noin puoleen kehittämällä kotiin vietyjä työryhmäpohjaisia avohoitopalveluja, jotka eivät ole virka-aikaan sidottuja (Joy ym. 2006; Malone ym. 2007). Suomalaisen psykiatrisen palvelujärjestelmän laitosvaltaisuuden purku edellyttää tällaisten kehittyneiden avohoitomuotojen käyttöönottoa. Palvelurakennuudistuksessa on hyvä huomioida, että väestöpohja muodostuu riittäväksi kehittyneille, päivystäville avohoitopalveluille.

Psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisen myötä mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet. Arviolta noin 6 700 suomalaista asuu mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa asumispalveluyksiköissä, jotka voivat olla kunnallisia, yksityisiä tai järjestösektorin ylläpitämiä. On ilmeisen tärkeää, että hoidon ja kuntoutuksen taso ei laske sairaalahoidon osittain korvautuessa asumispalveluilla. Asumispalveluiden laatua ja vaikuttavuutta on kritisoitu (Salo & Kallinen 2007). Kuntouttavan otteen on katsottu olevan liian heikko ja asumispalveluiden on pelätty jatkavan suomalaisen hoitojärjestelmän laitosperinnettä, joskin nyt pienimuotoisempana.

Suomalaista psykiatrista hoitojärjestelmää kehitettäessä on siis kohdistettava huomio siihen, että tapahtuu todellista siirtymistä kohti mielenterveyspalveluiden käyttäjien sosiaalista osallisuutta. Uudistus ei saa merkitä pelkästään pitkäaikaisen sairaalahoidon korvautumista toisella laitoshoidolla.

Psykiatrian avopalveluiden siirtyminen erikoissairaanhoidosta joko kokonaan tai osittain terveyskeskusten toiminnaksi ei ole lisännyt avohoitopalvelujen kirjoa. Tätä tulosta tulkittaessa voi spekuloida, onko palveluiden siirtämisen taustalla ollut aito halu kehittää kuntalaisten palveluja vai onko pontimina ollut halu vähentää mielenterveyspalveluiden kustannuksia. Jälkimmäinen motiivi voisi selittää hieman yllättävää tutkimustulostamme. MERTTU-tutkimuksen valossa näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon painoarvolla paremmin pystynyt varjelemaan ja kehittämään avomielenterveyspalveluita kunnissa. Varsinkin pienissä kunnissa, joissa mielenterveystyön asiantuntijat ja tekijät ovat vähissä, lienee tutkimustulostemme valossa viisasta järjestää aikuisväestön avomielenterveyspalvelut tiiviissä yhteistyössä sairaanhoitopiirien psykiatrian yksikköjen kanssa tai sen toimesta.

Näyttää myös siltä, että mielenterveyspalvelujen monipuolisuus ja vaikuttavuuden paraneminen vaativat kunnilta selkeää mielenterveystyön johtajuutta. Vain neljänneksellä vastanneista

kunnista oli vuonna 2004 mielenterveystyön strategia. Kunnissa, joissa strategiaa ei ollut, oli selkeästi vähemmän mielenterveyspalvelujen kehittämistoimintaa. Voi toki myös olla niin, että kunnissa kiinnostus mielenterveystyön kehittämiseen näyttäytyy sekä mielenterveysstrategian käyttöönottona ja monimuotoisina avohoitopalveluina ja että näiden kahden välillä ei ole kausaalisuhdetta.

Hoitojaksojen lyhentyminen on psykiatrisen sairaalahoidon jälkeisten itsemurhien valossa ollut oikeasuuntainen. Kuntatasolla löytyy yhteys monimuotoisten psykiatristen avopalveluiden ja alhaisten itsemurhalukujen välillä. Tällä hetkellä psykiatrisiin sairaaloihin sitoutuu suhteettoman suuri osa mielenterveystyön ai-neellisista ja ammatillisista resursseista. Tarvitsemme kansallisen mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelman, jossa sitoudumme asteittain siirtämään resursseja sairaaloista monimuotoisiin kehittyneisiin avohoitopalveluihin. Ohjelman painopisteen tulee olla mielenterveys- ja päihdetyön avopalveluiden kehittämisessä, mutta alueellisesti voidaan tarvita kipeitäkin päätöksiä, koska viimeistään nyt on aika sulkea ylimitoitettut erilliset psykiatriset sairaalat. Alueellista psykiatrista sairaalahoittoa tarvitaan vastedeskin, mutta se toteutunee parhaiten tukeutumalla yleissairaalaan infrastruktuuriin.

## Kirjallisuus

- Forma L, Rissanen P, Kilkku N, Meklin P, Nieminen R, Poutanen P & Sorri P (2003) Mielenterveystyön kustannukset Lempäälässä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 15/2003. Tampere.
- Harjajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta n:ro 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes. <<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>>
- Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Lindeman S & Aro H (2004) Use of health services for major depressive episode in Finland. *J Affect Disord* (79): 105–112.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S & Kiviruusu O (2008) Use of health services for major depres-



- sive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 25(1):27–37.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R & Lehtinen V (2001) Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* (179): 498–502.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R & Lehtinen V (2006) Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* (188): 122–127.
- Joy CB, Adams CE & Rice K (2006) Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R (2007) A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:747–752
- Korkeila J, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K & Kalimo R (2003) Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health* (31): 85–91.
- Kärkkäinen J (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? *Tutkimuksia* 138. Helsinki: Stakes.
- Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S & Tyrer P (2007) Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, Issue 3*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pirkola S & Sohlman B (toim.) (2005) *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Stakes. <<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>>
- Pirkola S, Sohlman B, Heila H & Wahlbeck K (2007) Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatr Serv* (58): 221–226.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E & Wahlbeck K (2008) Community mental health services and suicide rate: a nationwide small area analysis. *Lancet (hyväksytty julkaistavaksi)*.
- Sailas E, Feodoroff B, Virkkunen M & Wahlbeck K (2005) Mental disorders in prison populations aged 15–21: national register study of two cohorts in Finland. *BMJ* 330:1364–1365.
- Sailas ES, Feodoroff B, Lindberg NC, Virkkunen ME, Sund R & Wahlbeck K (2006) The mortality of young offenders sentenced to prison and its association with psychiatric disorders: a register study. *Eur J Publ Health* 16:193–197.
- Sakharova O, Gurovich I & Wahlbeck K (2007) *Mental Health Indicators in Russia. A Study of the Availability of European Indicators for the MINDFUL Project*. Reports 13/2007. Helsinki: Stakes. <[http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/34D71A3D-7852-4CAE-9CCF-2C890315D8F1/0/mentalhealth\\_russia.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/34D71A3D-7852-4CAE-9CCF-2C890315D8F1/0/mentalhealth_russia.pdf)>
- Salize H J, Dressing H & Peitz M (2002) *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Salo M & Kallinen M (2007) *Yhteisäsuomisesta yhteiskuntaan?* Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sohlman B, Pirkola S & Wahlbeck K (2005) The characteristics of sui-

- cides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation – a nationwide register study. *BioMed-Central Psychiatry* 5:32. <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1215492>>
- Sohlman B, Pirkola S & Wahlbeck K (2006) Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. *Duodecim* (122): 819–825.
- Tuori T (2002) Psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa. Sairaanhoidopiiri- ja sairaalakohtaista vertailutietoa vuosilta 1999 ja 2000. Aiheita 5/2002. Helsinki: Stakes.
- Tuori T & Kiikkala I (2004) Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* (59): 3411–3414.
- Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M & Solantausta T (2006) Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995–2004. Raportteja 13/2006. Helsinki: Stakes. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf>>
- Tuori T, Gissler M & Wahlbeck K (2007) Mental health in the Nordic Countries. In: *NOMESCO: Health Statistics in the Nordic Countries 2005*. Theme section: Mental Health. <<http://www.nom-nos.dk/Nom-book/Section%20B%20web.pdf>>
- Tuulari J, Aromaa E, Herberts K & Wahlbeck K (2007) Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* (61): 790–791.
- Wahlbeck K (2005) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä M & Roos M (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Helsinki: Stakes. <[http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/E3E327AE-4BE5-4EE1-9D76-CEE7EB7A17CF/0/Stakes\\_Palvelukatsaus\\_Mielenterveyspalvelut.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/E3E327AE-4BE5-4EE1-9D76-CEE7EB7A17CF/0/Stakes_Palvelukatsaus_Mielenterveyspalvelut.pdf)>
- Wahlbeck K (2007) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä M & Lahti T (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Helsinki: Stakes. <[http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus\\_2007\\_Wahlbeck.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf)>
- Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H & Luoma M-L (2008) Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. *HealthQUEST Country Report for Finland*. Raportteja 1/2008. Helsinki: Stakes. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R1-2008-VERKKO.pdf>>

*Eeva Widström ja Hennamari Mikkola*

## MITÄ KERTOO HAMMASHOITO- UUDISTUKSEN ARVIOINTI?

Hammashoitojärjestelyt Pohjoismaissa poikkeavat selvästi muun Euroopan käytännöistä (Widström & Eaton 2004). Tyypillistä näille maille on laaja, myös harvaanasutut alueet kattava julkinen sektori, joka yleensä vastaa ainakin lasten, laitoksissa ja kotisairaanhoidon piirissä olevien vanhusten, erilaisten erityisryhmien ja vaihtelevasti muun aikuisväestön hammashoidosta. Julkisen sektorin erityisenä vahvuutena on pidetty sitä, että myös ne, joiden oma aktiivisuus ja resurssit eivät riitä hoitoon hakeutumiseen, on pyritty saattamaan tarpeellisen hoidon piiriin, oli kyse sitten lapsista tai vanhuksista. Muissa EU-maissa, Isoa-Britanniaa lukuun ottamatta, hammashoito on pääosin yksityistä ja esimerkiksi vanhempien odotetaan itse huolehtivan lastensa hammashoidon järjestämisestä. Silloin kun hammashoitoa näissä maissa subventoidaan, se tapahtuu kansallisten ja/tai yksityisten vakuutusten kautta (Widström & Eaton 2004). Myös Pohjoismaissa toimii julkisen sektorin rinnalla yksityinen sektori, joka työllistää 45–75 % hammaslääkäreistä ja jonka antamaa hoitoa useimmissa maissa tuetaan julkisin varoin (Widström ym. 2005).

Meillä julkisen hammashoidon kehittäminen alkoi kouluhammashoitona 1950-luvun puolivälissä. 1970-luvulla kunnat saivat väestön hammashoidon järjestämisen vastuulleen kansanterveyslain myötä. Aluksi hoitoa järjestettiin terveyskeskuksissa ensisijaisesti lapsille, mutta vähitellen mukaan otettiin myös nuoria aikuisia (taulukko 1). 1980-luvun puolivälissä alettiin samoille nuorille aikuisille, jotka jo kuuluivat terveyskeskushoidon piiriin, maksaa sairausvakuutuskorvausta yksityisten hammashoitopalvelujen käy-

Taulukko 1. Kunnallisten ja yhteiskunnan tukemien yksityisten hammashoito-palvelujen laajeneminen 1950-luvulta 2000-luvulle

Aikajakso	Kunnallinen (terveyskeskus) hammashoito	Sairausvakuutuksen kautta tuettu yksityinen hammashoito
1956–1969	Kansakoululaiset	Sairausvakuutuskorvauksia silloin kun hammashoito oli yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1970–1979	0–18-vuotiaat asteittain hoidon piiriin	Sairausvakuutuskorvauksia silloin kun hammashoito oli yleissairauden hoitamisen kannalta välttämätöntä
1980–1989	19–31-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmiä odottavat äidit, opiskelijat, merimiehet	Perushoitoa aletaan korvata 19–31-vuotiaille
1990–1999	32–43-vuotiaat asteittain hoidon piiriin, erityisryhmiä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneet ja rintamaveteraanit	32–43-vuotiaille aletaan korvata perushoitoa ja rintamaveteraaneille lisäksi myös proteettista hoitoa
2000–2007	Koko väestö hoidon piiriin vuosien 2001–2002 aikana	Koko väestö otetaan sairausvakuutuskorvausten piiriin perushoidon osalta, rintamaveteraanien korvaukset proteettisista hoidoista jatkuvat

töstä. Sen jälkeen yhteiskunnan tukea hammashoittoon lisättiin taas vähitellen ikäluokka kerrallaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla ja mukaan otettiin myös joitakin erityisryhmiä. Kaiken kaikkiaan yhteiskunnan tukeman hammashoidon laajeneminen oli hidasta eikä vastannut väestön hoidon tarpeessa tapahtuneita muutoksia.

Vuonna 2000, jolloin julkisen tai vaihtoehtoisesti sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen perushammashoidon piirissä olivat lasten ja nuorten lisäksi 44-vuotiaat (vuonna 1956 syntyneet) ja sitä nuoremmat aikuiset ja rintamaveteraanit, hoitojärjestelmää

uusittiin. Lainsäädäntöä muuttamalla poistettiin aikuisten terveyskeskuksiin pääsy rajoittaneet ikäraajat ja kaikenikäiset aikuiset otettiin sairausvakuutuskorvausten piiriin (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2000; Laki sairasvakuutuslain muuttamisesta 2000). Sairausvakuutuskorvauksia ei kuitenkaan ulotettu koskemaan proteettisia hoitoja.

Kansanterveyslain voimaantulon jälkeen lasten ja nuorten suunterveys kohentui huomattavasti ensimmäisten 20 vuoden aikana (Nordblad ym. 2004) ja on sen jälkeen pysynyt kohtalaisen hyvänä. Myös aikuisilla oli vuosituhannen vaihteessa enemmän omia hampaita ja vähemmän reikiä kuin aikaisemmin. Silti aikuisilla on vielä runsaasti hoitamattomia suu- ja hammassairauksia ja erityisesti proteettisen hoidon tarvetta (Suominen-Taipale ym. 2004). Teknologian kehitys on tuonut hammashoittoon uusia hoitomenetelmiä, esimerkiksi implantit (keinojuuret), jotka tarjoavat toimivia hoitoratkaisuja aikaisemmin vaikeasti hoidettaviin tapauksiin. Aikuisväestön vaatimukset ja hoidon kysyntä ovat omien hampaiden yleistymisen myötä kasvaneet. Hoitopalvelujen käyttö on meillä kuitenkin ollut vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Korkeasti koulutettu ja hyvätuloinen väestönosa on käyttänyt palveluita suhteellisesti eniten (Poutanen ym. 2001; Ngyen & Häkkinen 2004), vaikka hoidon tarve on suurinta vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Suun terveydessä on myös alueellisia eroja, ja hampaattomuus on harvinaisempaa Etelä-Suomessa kuin muualla maassa.

Käytännössä myös sekä terveyskeskusten että yksityisten hoitopalvelujen saatavuus on vaihdellut suuresti sekä alueellisesti että paikallisesti jo ennen vuosina 2001–2002 toteutettua hammashoitouudistusta. Noin kolmasosalla aikuisista – etupäässä harvaanasuilla alueilla – oli mahdollisuus käyttää terveyskeskuspalveluja iästä riippumatta, ja toinen kolmannes taas asui isoissa kaupungeissa, joissa terveyskeskukset olivat rajoittaneet aikuisten hoitoon pääsyn huomattavasti alle kansanterveysasetuksen suosittamien ikärajojen. Yksityisiä hoitopalveluja on aina ollut tarjolla eniten kaupun-

geissa ja Etelä-Suomessa. Palvelujärjestelmä oli selvästi alueellisesti epätasa-arvoinen ja suosi pääosin nuorta väestöä.

## Hammashoitouudistuksen tavoitteet ja toteutus

Uudistuksen tavoitteena oli parantaa hammashoitopalveluiden saatavuutta, lisätä tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta palvelujen käytössä sekä vähentää hoitokustannusten merkitystä palvelujen käytön esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen eikä tietyn iän perusteella.

Uudistuksen toteuttamiseksi valtiolta lisäsi kuntien valti-onosuusrahaa 10,3 miljoonalla eurolla vuosina 2001–2003 ja sairausvakuutuskorvauksia maksettiin aikaisempaa enemmän. Hammashoidon ammattilaisten käyttöön laadittiin ohjeita yhtenäisistä hoitokriteereistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Muilta osin uudistus jäi kuntien toteutettavaksi. Vuonna 2005 voimaanastuneet hoitotakuusäännökset (L 855/2004; 856/2004) täsmensivät myös hammashuoltopalvelujen saatavuuteen liittyvää valtionohjausta. Hammashoitoon tulee päästä viimeistään kuuden kuukauden kulluttua siitä, kun hoidon tarve on todettu. Yksityistä sektoria ei pyritty erityisesti ohjaamaan.

Tässä artikkelissa tarkastellaan hammashoitouudistuksen ja aiheuttamia muutoksia palvelujen käytössä ja terveyskeskusten ja yksityissektorin toiminnassa Suomen Akatemian rahoituksella toteutetussa ”Markkinat, kannusteet ja tasa-arvo uudistusten kohteena olevassa hammashoidossa” -tutkimusprojektissa saatujen tulosten pohjalta. Hammashoitouudistusta arvioidaan myös sen terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta.

## Hammashoitouudistuksen vaikutukset palvelujen käyttöön

Uudistuksen jälkeen aikuisten hammashoidon kysyntä kasvoi voimakkaasti erityisesti terveyskeskuksissa, mutta myös yksityissektorilla (Nihtilä & Widström 2005; Kiiskinen ym. 2005). Terveyskeskuksissa käyneiden aikuisten määrä nousi, ja yksityissektorilla sairausvakuutuskorvauksia saaneiden aikuisten osuus kaksinkertaistui (taulukko 2). Suuri muutos yksityissektorilla johtui ennen kaikkea sairausvakuutuskorvausten saajien määrän noususta; hoidossa käyneiden kokonaismäärässä ei juuri tapahtunut muutoksia. Terveyskeskuksissa hoidettujen lasten ja nuorten määrä väheni hie-man, mutta heidän osuutensa väestöstä pysyi korkeana (taulukko 3). Kymmenessä suurimmassa kaupungissa, joissa aikuisten hoitoon pääsyä oli rajoitettu eniten, terveyskeskuspalveluita käyttäneiden aikuisten osuus väestöstä nousi uudistuksen alkuvaiheessa suhteellisesti eniten: 14,3 %:sta 17,2 %:iin. Pienissä kunnissa, jotka jo aikaisemminkin olivat tarjonneet palveluita koko väestölleen, muutos oli vähäinen: 31,0 %:sta 31,8 %:iin. Yksityisiä palveluja käytti uudistuksen jälkeen isoissa kaupungeissa 30,0 % ja pienissä kunnissa 14,1 % aikuisista. Alueelliset erot palvelujen ja sektoreiden käytössä olivat suuret. Julkisia palveluja käytettiin eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa ja yksityisiä eniten Etelä-Suomessa (Niiranen ym. 2008).

Taulukko 2. Terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla (sairausvakuutuksen korvaamaa) hammashoitoa saaneiden henkilöiden määrät vuosina 2000, 2004 ja 2006

Vuosi	Terveyskeskuksissa käyneet 0–17-vuotiaat aikuiset yhteensä			Yksityissektoreilla käyneet 0–17-vuotiaat aikuiset yhteensä		
2000	898 222	846 138	1 744 360	ei tietoa	1 000 000*	
2004	842 947	964 214	1 807 161	9506	997 928	1 028 629
2006	817 696	1 046 999	1 860 695	9766	992 656	1 019 223

\* arvioitu luku

Taulukko 3. Hammashoitopalvelujen käyttöä kuvaavia tunnuslukuja (%) ennen hammashoitouudistusta ja sen jälkeen

	Ennen uudistusta vuosi 2000 %	Uudistuksen jälkeen vuosi 2004 %	vuosi 2006 %
Terveyskeskuksissa käyneiden lasten ja nuorten osuus vastaavan ikäisestä väestöstä (peittävyys)	77,4	76,2	74,4
Terveyskeskuksissa käyneiden aikuisten osuus aikuisväestöstä	21,6	23,5	25,1
Yksityissektorilla sairausvakuutuksen korvaamaa hoitoa saaneiden aikuisten osuus aikuisväestöstä	11,8	24,6	23,8

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin selvitysten mukaan vain noin 70 % terveyskeskuksista pystyi vuoden 2007 alussa noudattamaan hoitotakuulainsäädännön asettamia enimmäisaikarajoja hoitoon pääsyssä ja moniin terveyskeskuksiin muodostui pitkiä jonoja. Kiireellisten hammashoitopalvelujen tarjonta kuitenkin parani koko maassa.

Hammashoidon kokonaiskustannukset nousivat noin 23 % vuodesta 2000 vuoteen 2005 (taulukko 4). Suurin kustannusten nousu tapahtui yksityisellä sektorilla, jossa Kela-korvaukset nousivat lähes kaksinkertaisiksi. Hoitokustannukset terveyskeskuksissa hoidettua potilasta kohti olivat vuonna 2005 noin 74 % yksityissektorilla hoidetun potilaan kustannuksista. Terveyskeskuksissa potilaiden ja kuntien rahoitusosuudet eivät muuttuneet (potilaat 20 %, kunnat 80 %). Yksityisellä sektorilla sairausvakuutus korvasi aikaisempaa suuremman osuuden hoitokustannuksista (vuonna 2000 15 %, vuonna 2004 26 % ja vuonna 2005 23 %) (taulukko 4).



Taulukko 4. Hammashoidon kokonaiskäyttökustannukset (EUR, %) potilasta kohti terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla (2000–2005)

	Terveyskeskukset						Yksityissektori						Yhteensä					
	2000		2004		2005		2000		2004		2005		2000		2004		2005	
	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%	EUR (milj.)	%
<b>Rahoitus</b>																		
Potilas itse	55	20	70	20	78	22	277	85	284	74	299	77	332	55	354	49	377	51
Sairaus- vakuutus							47	15	98	26	91	23	47	8	98	13	91	12
Kunnat	223	80	277	80	273	78							223	37	277	38	273	37
Kokonais- kustannukset	277	100	347	100	352	100	325	100	382	100	390	100	602	100	729	100	742	100
Kustannusten nousu %			25,2		1,4				17,8		2,0				21,2		1,7	
Potilaiden määrät	1 744 614 <sup>1)</sup>		1 807 161 <sup>2)</sup>		1 847 058		1 000 000 <sup>3)</sup>		1 028 630 <sup>4)</sup>		1 016 408		2 744 614		2 835 791		2 863 466	
Kustannus/ potilas, euroa	159		192		190		225		263		258		171		220		215	
Kustannus/ asukas, euroa	54		66		67		62		73		74		115		139		141	

HUOM: Yksityisen hoidon kustannukset/potilas on laskettu sairausvakuutuksen korvaamien hoitojen perusteella, eivätkä ne sisällä oikomishoitoa ja protetiikkaa ym., mistä korvausta ei makseta.

1) Aikuisten pääsy terveyskeskuksiin rajoitettua. Mukana 898 476 lasta.

2) Väestö oikeutettu terveyskeskushoitoon. Mukana 898 476 lasta.

3) Arvioitu luku yksityissektorin palveluiden käyttäjiä ennen hammashoitoindistusta (tuettua hoitoa saaneet + koko hoidon itse maksaneet)

4) Sairausvakuutuskorvausta saaneiden määrä. Vuonna 2004 koko väestö oli korvausten piirissä perushoidon osalta.

## Hammashoitouudistus käyttäjänäkö- kulmasta

Pääkaupunkiseudun keski-ikäisille tehty kyselytutkimus (Nihtilä & Widström 2005) osoitti, että kohderyhmä oli käynyt hammashoidossa jo ennen uudistusta melko tiheästi ja selvästi useammin kuin samanikäiset muualla maassa. Uudistuksen jälkeen palvelujen käyttöaste nousi entisestään. Kuten ennen uudistusta, ikäryhmä käytti pääasiallisesti yksityisen sektorin palveluita ja valtaenemmistö oli käynyt varsin pitkään samassa hoitopaikassa. Kuitenkin noin neljännes kyselyymme vastanneista oli vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitopaikkaa uudistuksen jälkeen, tavallisimmin yksityiseltä sektorilta julkiselle, mutta läheskään aina terveyskeskuksiin ei päässyt.

Toinen huomion arvoinen asia oli se, että keski-ikäisillä oli paljon heidän itsensä päivystysluonteiseksi kokemaa hoidon tarvetta: paikkojen irtoamisia, lohkeamisia ja proteesien korjausta, mikä johtuu pitkälti tälle ”amalgamisukupolvelle” tehdyistä runsaista aikaisemmista hammashoitotoimenpiteistä, joiden kestoikä on rajallinen. Tällöin säännöllisestikin hoidossa käyvät joutuivat tekemään ”ylimääräisiä” päivystyskäyntejä, mikä lisäsi hoitopalvelujen tarvetta ja käyttöä.

Edelleen tutkimuksemme osoitti, että pääkaupunkiseudun keski-ikäisillä hampaattomuus ja siihen liittyvä irtoproteesien käyttö olivat vähenemässä muuta maata nopeammin ja teknisesti monimutkaiset ja kalliit kiinteät proteesi-ratkaisut olivat lisääntymässä. Lähes joka kymmenennellä vastaajalla oli puuttuvia hampaita korvattu keinojuurilla eli implanteilla. Myös omien hampaiden kaltaisia (kulta)kruunuja ja siltoja oli kohtalaisen runsaasti erityisesti korkeasti koulutetuilla vastaajilla. Keski-ikäisillä sosiaalinen tausta heijastui vielä selvästi mahdollisuuksiin korvata puuttuvat hampaat ajanmukaisin menetelmin. Vastaajat pitivät suurena epäkohtana sitä, että heille tarpeellinen proteettinen hoito oli jätetty sairausvakuutuskorvausten ulkopuolelle. Tällä ikäryhmällä oli

myös paljon suuria paikkoja, joita tulisi voida korvata proteettisilla kruunuilla, jotka olisivat pitkäkestoisempia ja pitkällä aikavälillä taloudellisempia hoitoratkaisuja kuin yhteiskunnan nyt tukema hammaspaikkojen jatkuva korjailu. Yllättävä löydös oli se, että yksityishammaslääkäreillä käyneistä vastaajista ainoastaan hieman yli puolet katsoi hyötyneensä sairausvakuutuskorvauksista. Todennäköisesti sairausvakuutuskorvausten ulkopuolella olevia hoitoja on teetetty aikaisempaa enemmän.

Vaikka hoitokustannusten merkitys palvelujen käytön esteenä näytti viime vuosina hieman vähentyneen, noin joka kymmenes vastaaja ei ollut kustannussyistä pystynyt teettämään tarpeelliseksi katsottuja hoitoja viime hoitajaksollaan. Tämä koski erityisesti vähän koulutettuja vastaajia, joista joka viides oli tässä tilanteessa. Paradoksaalisesti korkeasti koulutetut käyttivät eniten rahaa hammashoitoonsa, vaikka heidän subjektiivinen hoidon tarpeensa oli vähäisin ja kliiniset terveystutkimukset ovat osoittaneet myös ”objektiivisen” hoidon tarpeen tässä ryhmässä pienimmäksi.

## Hammashoitouudistuksen toteutus terveyskeskuksissa

Terveyskeskuksissa hammashoitouudistuksen implementointikeinoina käytettiin ensisijaisesti lisähenkilöstön palkkaamista sekä henkilöstön työnjaon muutoksia. Joissakin suurissa kaupungeissa palveluita ostettiin yksityissektorilta (Vesivalo ym. 2006). Tutkimuksemme mukaan kunnissa ja kuntayhtymissä terveyskeskusten hammashoidolle oli asetettu valtakunnallisten hoidon saatavuuden parantamistavoitteiden lisäksi myös omia tavoitteita. Nämä painottuivat kuitenkin voimakkaasti hammashoidon uudistusta edeltäneen ajan tavoitteisiin, kuten lasten ja nuorten hyvän suun terveyden ylläpitoon. Joissakin terveyskeskuksissa oli nostettu esiin ikäihmisten tarpeet sekä aikuishoidon osaamisen kehittäminen.

Hammashoitouudistuksen valtakunnalliset terveystaloudelliset tavoitteet välittyivät terveyskeskusten tavoitteiksi pääasiassa hoitokuvavaatimusten kautta (Vesivalo ym. 2006).

Hammaslääkärijohtajat näkivät terveyskeskusten hammashoidon toimintatavoissa muutostarpeita uusiin tavoitteisiin pyrittäessä. Muutoksia tarvittiin ennen kaikkea hoidon ja sen tukitoimintojen organisointiin. Merkittävimpänä yksittäisenä toimintatapamuutoksena tuotiin esiin henkilöstöryhmien välisen työnjaon kehittäminen eli käytännössä tiettyjen perinteisesti hammaslääkäriin tekemien työtehtävien siirtämistä suuhygienistien ja hammashoitajien tehtäväksi. Erityisesti tämä koski lasten ja nuorten seulontatarkastuksia ja hoitoja. Kehittyneemmällä työnjaolla uskottiin päästävän tilanteeseen, jossa hammaslääkärit voisivat käyttää suuremman osan työajastaan aikuispotilaiden hoitoihin. Osa terveyskeskuksista toteutti erilaisia prosessien uudistamiseen liittyviä muutoshankkeita, jotka koskivat muun muassa ajanvarauksen sekä tieto- ja mobiilitekniikan välineiden käytön kehittämistä.

## Kannusteet ja tavoitteiden saavuttamisen esteet

Johtavilla hammaslääkäreillä oli omasta mielestään selkeä käsitys hammaslääkäriensä tuottavuudesta. Tietojärjestelmät mahdollistivat toiminnan seuraamisen. Useimmat johtavat hammaslääkärit olivat sitä mieltä, että käytössä oleva virkaehtosopimuksen mukainen palkkausmalli, jossa 25–30 % hammaslääkärien palkasta muodostui toimenpidepalkkioista, kannusti ahkeruuteen, mutta ei välttämättä huomioimaan laajemmin väestön suun terveyttä. Kahdessa tutkimukseen osallistuneessa terveyskeskuksessa oli käytössä tulospalkkiojärjestelmä. Tulospalkkioilla pyrittiin kannustamaan koko henkilökuntaa tavoitteiden mukaiseen toimintaan. Niitä käyttäneet olivat tyytyväisiä malliensa ohjausvaikutuksiin.

Johtajat olivat yleisesti sitä mieltä, että valtaosa henkilökunnasta oli sitoutunut terveystieteiden hammashoidon tavoitteisiin. Monet kuitenkin toivat esiin sen, että sitoutuminen ei koskenut kaikkia työntekijöitä. Sitoutumisen ongelmat koskivat nimenomaan hammashoidossa tapahtuneita muutoksia. Tavoitteiden toteuttamisen esteistä tulivatkin esille myös ongelmat muutoksen läpiviennissä käytäntöjen muuttamiseksi ja esimerkiksi työnjaon toteuttamiseksi. Hammaslääkäreillä ei aina ollut halua antaa potilaitaan muiden ammattiryhmien hoidettavaksi niin kuin se terveystieteiden johdon näkökulmasta olisi ollut tarkoituksenmukaista. Toisaalta suuhygienistit eivät välttämättä olleet innokkaita ottamaan vastaan sellaisia töitä, joista hammaslääkärit olisivat saaneet palkkion, mutta jotka heillä olisivat sisältyneet peruspalkkaan (Vesivalo ym. 2005).

Johtajat eivät pitäneet käytössään olleiden aineettomien kannusteiden valikoimaa kovin monipuolisena. Palautteen antaminen tehdystä työstä oli tärkein aineettoman kannustamisen väline. Tästä huolimatta johtavat hammaslääkärit kokivat, että heillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa terveystieteiden hammashoidon toimintatapoihin. Hammashoitouudistuksen aiheuttamana ongelmana tuotiin esiin ”hoitoloiden tukkeutuminen potilastulvan alla”. Ongelmat ilmenivät muun muassa hoitojaksojen venymisenä ja hoidon muuttumisena päivystysluonteiseksi. Useat haastateltavat katsoivat terveystieteiden hammashuollon tarvitsevan lisää työvoimaa – ”käsipareja” – ja näkivät henkilöstöresurssien heikon saatavuuden tavoitteiden saavuttamisen tiellä olevana esteenä.

## Uudistuksen vaikutukset yksityissektorilla

Vuonna 2005 hammashoitoalan kaikkiaan 1 890 yrityksen liikevaihto oli 390 miljoonaa euroa, mikä vastasi lähes puolta (49 %) koko yksityisestä terveydenhuoltoalan liiketoiminnasta. Ham-

mashoitoyrityksistä suurin osa sijaitsi kymmenessä suurimmassa kaupungissa. Alan 100 suurimman yrityksen joukosta 78 %:lla liikevaihto jäi alle yhden miljoonan euron. Alalla oli vain yksi suuri yritys, jonka markkinaosuus liikevaihdolla mitattuna oli 17 %. Tutkimuksemme kohteena olleella ajanjaksolla 2000–2005 suuret hammashoitoyritykset osoittautuivat hyvin menestyneiksi taloudellisten tunnuslukujen perusteella (kuvio1). Yritysten liikevaihto kasvoi yhteensä +24,5 %, kun hintojen nousun (+17,3 %) vaikutus oli poistettu. Heti hammashoitouudistuksen jälkeen vuonna 2003 yritysten liikevaihto kasvoi vain vähän (+1,6 %). Suuret yritykset kasvoivat kuitenkin koko tarkasteluajanjaksolla hieman nopeammin kuin toimiala keskimäärin (Mikkola ym. 2007).

Hammashoitouudistuksesta johtuneen hoidon kysynnän kasvun vuoksi yritykset olisivat voineet kasvaa nopeammin. Yritysten näkemysten mukaan alan kasvua rajoittivat työvoimapula, liiketoiminta-osaamisen puute ja pieni yrityskoko. Kaikilla keskeisillä tunnusluvuilla mitattuna suurimmat yritykset olivat tutkitulla ajanjaksolla erittäin kannattavia (kuvio 1). Alalle tyypillistä oli myös hyvä vakavaraisuus. Hammashoitouudistus ei tutkimuksemme mukaan vaikuttanut juuri mitenkään keskeisiin tunnuslukuihin. Alan liikevaihdosta 67,4 % oli sairausvakuutuskorvauksen piirissä olevaa hoitoa vuonna 2005. Yritysten palvelujen myynnistä suurin osa oli näin ollen perushoitoa. Tutkitulla ajanjaksolla keskimääräinen sairausvakuutuskorvaus hoidossa käynyttä kohti ei juuri noussut. Yritysten vähäinen liikevaihdon kasvu uudistuksen jälkeen +1,6 %

Omavaraisuusaste	58,7 %
Sijoitetun pääoman tuotto	29,4 %
Liiketoiminnan voitto	14,2 %

Kuvio 1. Suurimpien hammashoitoalan yritysten taloudellisten tunnuslukujen keskiarvot vuonna 2005 (N = 49)

vuonna 2003, +2,0 % vuonna 2004 ja +8,0 % vuonna 2005 oli todennäköisesti seurausta uusista asiakkaista ja korvausten ulkopuolella olevien hammashoitopalvelujen, kuten protetiikan ja esteettisten hoitojen, kasvusta.

Yritysten menestystekijöitä arvioitiin myös liiketaloustieteessä vakiintuneiden arviointimenetelmien avulla (Porter 1980; 1990) (kuvio 2). Tuotannontekijöistä tärkein oli koulutettu ja erikoistunut työvoima, josta yritykset kilpailivat perusterveydenhuollon organisaatioiden kanssa. Haastateltujen käsityksen mukaan ammatilliset intressit ohjasivat alan kehitystä enemmän kuin taloudelliset intressit. Yrityksen pääoman omistivat yleensä yrityksessä työskentelevät hammaslääkärit ja osa yrityksistä oli ns. perheyrityksiä. Tulevaisuudessa alan yrityskoon kasvaessa ja teknologian kehittyessä myös pääomansijoittajien tulon yritysten omistajiksi uskottiin lisääntyvän.

Yksityissektorilla oli kolme eri asiakasryhmää: yksittäiset kuluttajat, kunnat ja yritykset, jotka ostivat työntekijöilleen hammashoitopalveluita työsuhde-etuina. Yksittäisten kuluttajien osuus oli asiakaskunnasta merkittävin (70–95 %). Yksittäisille yrityksille merkittävä osa liikevaihdosta muodostui kuntien ostopalveluista (5–40 %) ja näiden arvioitiin tulevaisuudessa kasvavan. Kysyntäolosuhteita pidettiin erittäin hyvinä ja hammashoitouudistus oli lisännyt hoidon kysyntää. Hammaslääkäripula terveystieteissä ja hoitotakuu-uudistus olivat lisänneet vuokratyövoiman kysyntää.

Tuotannontekijät  
Kysyntäolosuhteet  
Lähi- ja tukialat  
Yritysten strategiat ja rakenne  
Kilpailuolosuhteet  
Valtion ja edunvalvontajärjestöjen rooli

Kuvio 2. Yritysten menestyksen perustekijät Porterin mallissa

Alan lähi- ja tukialoista tärkein oli hammasteknikot, joiden kanssa yhteistyö sujui kitkattomasti. Yrityksillä ei ollut tapana kilpailuttaa hammasteknikoiden palveluita, vaan hammasteknikot laskuttivat asiakkaita itsenäisesti tuottamistaan palveluista. Kokonaisuudessaan lähi- ja tukialojen merkitys alalla oli vähäinen.

Valtaosa hammashoitoyrityksistä oli valinnut strategiakseen tuottaa mahdollisimman laajan valikoiman palveluita, ja erikoistuminen vain tiettyihin palveluihin oli harvinaista. Pitkän henkilökohtaisen asiakassuhteen luominen ja sen vahvistaminen vuosittaisella kutsumenettelyllä oli keskeinen strategia asiakaskunnan säilyttämiseen. Pitkäaikainen asiakassuhde ja kutsumenettely olivat myös keino erilaistaa palvelut kunnallisesta hammashoidosta. Kutsumenettely oli koettu myös tehokkaimmaksi markkinointikeinoksi, ja muu markkinoinnin tarve nähtiin alalla vähäiseksi.

Yleisin tapa tulla markkinoille oli ostaa vastaanotto, jolla oli jo vakiintunut asiakaskunta. Suurin osa haastatelluista arvioi, että yksittäisten hammaslääkärien pitämät ns. solo-vastaanotot vähenevät tulevaisuudessa ja yrityskoko kasvaa. Suuremmasta yrityskoosta arveltiin olevan skaalaetuja muun muassa laitehankinnoissa sekä ja tunnetun tuotemerkin luomisessa. Ammattitaidon kehittämisen katsottiin onnistuvan paremmin isommissa yksiköissä. Myös kuntien laajemmat ostopalvelusopimukset ovat helpommin suurempien yritysten saatavilla. Ala ei kuitenkaan vielä ollut kypsä laajentamaan yrityskokoa. Haastateltujen mielestä yrityskoon laajentamisen esteenä olivat hammaslääkärien bisnesosaamisen puute ja pelko lisääntyvistä hallinto- ja johtotehtävistä.

Yritykset ilmoittivat kilpailevansa keskenään palveluvalikoimalla ja laadulla. Hintakilpailua koettiin haastateltujen mukaan viimeksi 1990-luvun lamavuosina. Markkinointi nähtiin enemmän tiedonvälityskeinona kuin kilpailuvälineenä. Moni oli sitä mieltä, että uudistuksen myötä suotuisat kysyntäolosuhteet olivat pikemminkin vähentäneet kilpailua alalla kuin lisänneet sitä. Osa haastateltavista piti kuntien perusterveydenhuoltoa kilpailijanaan, osa



enemmänkin yhteistyökumppaneina, jotka lähettivät potilaita erikoishoitoihin tai ohjasivat heitä yksityissektorille pitkien jonojen vuoksi. Ne yritykset, jotka kokivat kilpailua perusterveydenhuollon kanssa, olivat sitä mieltä, että perusterveydenhuollon alhaiset hinnat vinouttivat hammashoitomarkkinoita. Myös yksityishammaslääkäreille tehty kyselytutkimus viittasi siihen, ettei alalla juuri koettu olevan kilpailua.

Edunvalvontaorganisaatio järjesti yrityksille hyvin organisoitua koulutusta ja seurasi alan kustannus- ja hintakehitystä. Useimmat yritykset käyttivät Hammaslääkäriliiton tilastoja määritellesään hintoja palveluilleen.

## Arvio uudistuksen tavoitteiden toteutumisesta

Taulukossa 5 on arvioitu hammashoitouudistuksen terveystaloudellisten tavoitteiden toteutumista. Hammashoitouudistus nosti aikuisten hoidon kysyntää. Tämä oli odotettavissa. Kysyntää on myös nostanut hampaattomuuden väheneminen. Kun alle 65-vuotiaasta aikuisväestöstä enää 6 % on hampaattomia, niin tätä vanhemmista vastaava osuus on vieläkin 44 %. Vastaisuudessa aikuisten ja ikäihmisten hoidon kysyntä ja tarve tulevat entisestään kasvamaan ja nuoren väestön hoidon tarve vähenee. Palveluita käyttäneiden määrä nousi kuitenkin suhteellisen vähän, vaikka vuoden 2000 väestötutkimuksen mukaan aikuisilla suun hoidon tarve on suurta. Osa kasvaneesta kysynnästä kilpistyi suurten terveyskeskusten jonoihin. Keväällä 2007 tehdyssä selvityksessä todettiin 25 000 henkilön jonottaneen suurten kaupunkien terveyskeskuksiin yli puoli vuotta eikä hoitotakuuta ole kaikissa terveyskeskuksissa vieläkään pystytty toteuttamaan. Tärkeimpänä syynä jonojen muodostumiseen terveyskeskukset pitivät hammaslääkäripulaa ja osassa terveyskeskuksia myös suuhygienistipulaa. Hammaslääkärien rekrytoin-

Taulukko 5. Arvio hammashoitoudistuksen terveystaloudellisten tavoitteiden toteutumisesta

Tavoite	Toteuttamiskeinot	Arvio onnistumisesta
Hoidon saatavuuden parantaminen	Ikärajoitukset pois terveyskeskuksista	Palvelujen saatavuus parantunut
	Sairausvakuutuskorvaukset perushoidosta kaikenkäisille aikuisille	Suurissa terveyskeskuksissa pitkiä jonoja
Tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden paraneminen hoitopalvelujen käytössä	Ikärajoitukset pois terveyskeskuksista	Teoriassa kaikkien, käytännössä erityisesti keskituloisten asema parani
	Sairausvakuutuskorvaukset perushoidosta kaikenkäisille	Tasa-arvo parani yksiköissä palveluita käyttävän ryhmän sisällä ikä-rajoitteiden poistuttua. Uudistus vähensi pääasiassa hyvätuloisten kustannuksia. Tuki kohdentui yhä selkeästi nuoren väestön eikä iäkkäämmän väestön hoitotarpeiden mukaan
Vähentää hoitokustannuksia (palvelujen käytön esteenä)	Terveyskeskuksissa kaikki hoito subventoitua Perushoito yksityissektorilla subventoitua	Yhteiskunnan maksuosuus hoitokustannuksista kasvoi
Saada suun terveydenhoito toimimaan samoilla periaatteilla kuin muukin terveydenhoito	Hoitotakuulainsäädännön soveltaminen	Terveyskeskusten suun terveydenhoito lähentyi toimintatavoiltaan muuta julkista terveydenhoitoa

tiin muista EU-maista ei juuri ole ryhdytty. Naapurimaissamme Ruotsissa ja Norjassa tätä on tehty jo vuosia, ja Isossa-Britanniassa jo noin neljännes hammaslääkärökunnasta on koulutettu maan rajojen ulkopuolella. EU:n sisällä työvoiman liikkuvuus on tärkeä arvo sinänsä, ja monissa uusissa EU-maissa on runsaasti hammaslää-

käreitä, jotka eivät työllisty omassa maassaan, kun hammashoitoa on viime vuosina yksityistetty (Widström & Eaton 2004).

Hoitojärjestelmä on hammashoitouudistuksen myötä muuttanut oikeudenmukaisemmaksi, kun hoitomahdollisuuksia ja tukia rajoittanut ikäraja ”vuonna 1956 syntyneet ja nuoremmat” -käsite poistettiin. Hammashoidon väestölle aiheuttamat keskimääräiset kustannukset laskivat jonkin verran. Eniten uudistuksesta hyötyivät ne yksityisiä palveluita käyttäneet, jotka eivät aikaisemmin olleet saaneet sairausvakuutuskorvauksia, ja terveyskeskuksiin päässeet uudet potilaat.

Tutkimustulostemme mukaan hammashoidossa on tapahtunut oikeansuuntaisia muutoksia, mutta muutokset ovat olleet hitaita. Alalla ehdittiin tottua hyvin pienin askelin tapahtuviin parannuksiin kansanterveystieteen astuttua voimaan. Lasten ja nuorten hoidon priorisointia tehtiin aikuisten kustannuksella liiankin pitkään lähtökohtana vahva usko siihen, että terveyskeskushammashoito ratkaisevalla tavalla pystyy ehkäisemään suu- ja hammas-sairauksia erityisesti lapsilla ja nuorilla säännöllisesti toistuvilla tarkastuksilla ja ehkäisevillä ja korjaavilla hoitotoimenpiteillä. Uudempien tutkimusten mukaan näiden sairauksien ehkäisyssä keskeistä on hyvä kotihoito (suuhygieniä, fluorihammastahna ja järkevät ruokailutottumukset). Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, että tutkimustulokset osoittavat myös, että aikuisväestö pystyy hammashoitotoimenpiteitten ansioista säilyttämään aikaisempaa enemmän omia hampaita ja että korjaava hammashoito parantaa elämänlaatua. Näin ollen toimivat hoitopalvelut ovat tärkeitä kaikenikäisille.

Terveyskeskuksissa tärkeimmät keinot sopeutua uudistuksen myötä kasvaneeseen kysyntään ovat olleet lisähenkilöstön rekrytointi ja pyrkimys työnjaon muuttamiseen hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välillä. Uusia toiminnan järjestämiseen liittyviä innovaatioita on ollut vähän, ja työtä näyttäisi ohjaavan aikaisempi käytäntö ja vaikeasti muutettavat vakiintuneet työrutiinit. Muutos-

vastarinta terveyskeskuksissa on ollut suurta. Erityisesti kiireellisen hoidon kysynnän kasvu on koettu rasittavaksi ja henkilökunta on epäillyt väestön käyttävän kiireellisyyttä verukkeena hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi (Turunen ym. 2008). Toisaalta kun tiedetään, että keski-ikäisellä ja vanhemmalla väestöllä on runsaasti kestoikäntään rajallisia, vanhoja paikkoja, on luonnollista, että ennakoimattomasti hoidon tarvetta ilmenee kaiken aikaa ja jatkossa tämäntyypinen hoidon kysyntä tulee vieläkin kasvamaan. On myös selvää, että iäkkäämmän väestön tarvitsemat hoidot ovat usein raskaampia ja vaikeampia kuin nuoremman väestön hoidot.

Potilaiden lisäys tapahtui pääosin julkisella sektorilla. Aikaisempien tutkimusten valossa näyttää siltä, että yksityissektorilla on jo asiakkainaan valtaosa hammashoitopalveluita säännöllisesti käyttävästä hyvin koulutetusta ja hyvätuloisesta väestöstä eikä yksityissektorilla näyttänyt olevan tarvetta hankkia lisää asiakkaita eikä erityisemmin kasvattaa liikevaihtoaan. Terveyskeskuksissa uudet asiakkaat edustivat pääosin keskiluokkaa (Kiiskinen ym. 2005), joten tältä osin sosiaalisten erojen palvelujen käytössä voidaan katsoa jonkin verran vähentyneen. Silti palvelujen käyttö ei vieläkaan kohdistu väestön tarpeitten mukaisesti, niin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa vähän koulutusta saaneet käyttävät palveluita enemmän kuin korkeasti koulutetut – aivan niin kuin terveystietojen valossa asian pitäisi olla. Hoidon sisällössä ja laadussa on vielä suuria potilaiden sosioekonomiseen taustaan liittyviä eroja. Iäkkään aikuisväestön tärkeimpään suunterveysongelmaan – hampaattomuuden ja puuttuvien hampaiden korvaamiseen – ei ole toistaiseksi pystytty kohdentamaan riittävästi resursseja, vaan yhteiskunnan tuki suun hoitoon lähtee yhä vielä pääosin nuorehkon väestön tarpeista.

Yleensä ajatellaan, että kilpailu palvelujen tuottajien välillä olisi eduksi myös terveydenhoidossa ja toisi myös edullisempia hintoja. Suun terveydenhoidossa näin ei ole. Hammashoitoloiden ei ole ainakaan toistaiseksi tarvinnut kilpailla asiakkaista: yhteydet vakioasiakkaisiin voidaan yksityissektorilla ylläpitää kutsumalla heitä

säännöllisesti hoitoon, ja julkinen sektori ei vedä, niin että kilpailua voisi sitä kautta syntyä. Yksityissektorilla potilasvirtaukset pitäisi saada suuremmaksi, jotta terveyskeskuksissa jäisi aikaa myös erityisryhmien hoitoon ja hoitoon saattamiseen. Erikoishammaslääkäritasoisen hoidon saatavuuteen joudutaan myös kiinnittämään aikaisempaa enemmän huomiota.

## Kirjallisuus

- Hoitotakuulainsäädäntö 855/2004 ja 856/2004.
- Kiiskinen U, Suominen-Taipale L, Aromaa A & Arinen S (2005) Koettu suun terveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 22. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1219/2000.
- Laki sairaskuutuslain muuttamisesta 1202/2000.
- Mikkola H, Vesivalo A, Jauhiainen S & Widström E (2007) An Outlook of Dental Practices – Drivers, Barriers and Scenarios. Liiketaloudellinen aikakauskirja 56(2),167–192.
- Nguyen L & Häkkinen U (2004) Income-Related Inequality in the Use of Dental Services in Finland. Applied Health Economics and Health Policy 3(4), 251–262.
- Nihtilä A & Widström E (2005) Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 70(3), 323–333.
- Niiranen T, Widström E & Niskanen T (2008) Oral Health Care Reform in Finland – reducing inequity in care provision. BMC Oral Health 8(39). <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/3>>
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J & Karhunen T (2004) Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta 2000-luvulle. Raportteja 278. Helsinki: Stakes.
- Porter M.E (1980) Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors. New York: Free Press.
- Porter M.E (1990) The competitive advantage of nations. New York: Free Press.
- Poutanen R & Widström E (2001) Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 66 (3), 248–255.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2005) Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M & Aromaa A (toim.) (2004) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Turunen S, Widström E & Helenius P (2008) Hammashuollon arkipäivävystyksen käyttö Helsingin terveys-

- keskuksessa. Suomen Hammaslääkärilehti 15, Painossa.
- Vesivalo A, Widström E, Mikkola H & Tampsi-Jarvala T (2006) Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43,146–156.
- Widström E & Eaton K (2004) Oral health care systems in the Extended European Union in 2003. Oral Health Preventive Dentistry 2(3), 155–194.
- Widström E, Ekman A, Aandahl SL, Pedersen MM, Augustsdottir H & Eaton AK (2005) Development in oral health policy in the Nordic countries since 1990. Oral Health Preventive Dentistry 3(4), 225–235.

*Ritva Laamanen, Anne M. Koponen, Nina Simonsen-Rehn,  
Miika Linna ja Sakari Suominen*

## PALVELUTUOTANTOTAPA JA PERUS- TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN TOIMIVUUS NELJÄSSÄ KUNNASSA

Miten väestön ikääntyessä, terveyspalvelujen tarpeen lisääntyessä ja taloudellisten voimavarojen vähentyessä kyetään turvaamaan riittävät terveydenhuollon palvelut? Voidaanko terveydenhuollon tehokkuutta lisätä siirtämällä palvelutuotanto kunnilta muille palveluntuottajille? Tutkimustietoa ulkoistamisen vaikutuksista ei juuri ole jo senkään vuoksi, että Suomessa terveydenhuollon palveluja on ulkoistettu vain vähän. Lähinnä niitä on ostettu yksityisiltä ja julkisilta organisaatioilta. Sosiaalipalvelujen ulkoistamisesta on enemmän kokemusta (Kauppinen & Niskanen 2007).

Ainutlaatuinen mahdollisuus arvioida palveluntuottajan vaihdoksen seurauksia tarjoutui, kun taloudellisten vaikeuksien kanssa kamppaileva Karjaan kaupunki solmi sopimuksen kolmannen sektorin järjestön kanssa kaupungin koko perusterveyden- ja vanhus-tenhuollon palvelujen tuottamisesta 1.10.1998 lähtien. Muutoksen mahdollisti vuonna 1993 voimaan tullut valtiosuosuuudistus, jonka mukaan kunnat voivat siirtää palvelut osaksi tai kokonaan ulkopuolisen tuottajan hoidettavaksi. Vastuu lakisääteisistä palveluista on edelleen kunnalla.

Kolmannen sektorin palveluntuottaja asetti toiminnalleen useita tavoitteita, kuten terveyden edistäminen kaikessa toiminnassa, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten alentaminen muun muassa vähentämällä erikoissairaanhoidoa ja laitoshoidoa, terveyskeskuspalvelujen kehittäminen, henkilöstön ja väestön terveyden ja

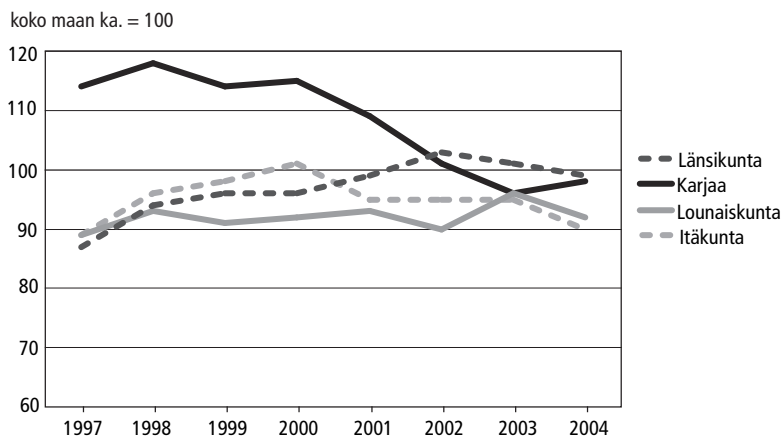
hyvinvoinnin edistäminen sekä vapaaehtoistoiminnan aktivoiminen kuntalaisten terveyden edistämiseksi. Tässä artikkelissa kuvataan näiden tavoitteiden toteutumista. Pohjana on Karjaalla ja kolmessa vertailukunnassa tehty arviointitutkimus. Vertailukunnat (Itä-, Lounais- ja Länsikunta) olivat kooltaan, väestörakenteeltaan ja sijainniltaan samantyyppisiä kuin Karjaa, mutta palvelutuotantotavat olivat erilaiset. Itäkunnassa perusterveydenhuollon palvelut tuotti kuntayhtymä ja sosiaalipalvelut pääosin kunta itse. Lounais- ja Länsikunta tuottivat nämä palvelut suurimmaksi osaksi omana toimintana.

## Terveydenhuollon kustannusten kehitys

Ulkoistamisen taloudellisessa arvioinnissa kuvattiin palvelujen käyttöä, voimavaroja ja kustannuksia vuosina 1997–2004 Karjaalla ja vertailukunnissa. Kustannustason kuvaamisessa käytettiin ns. tarvevakioituja kustannusindeksejä (Hujanen ym. 2006), joissa kunnan terveyden- ja vanhustenhuollon asukaskohtaiset kustannukset (nettomenot) on vakioitu väestön palvelujen tarpeen mukaan (ikä- ja sukupuolirakenne, tulotaso, työkyvyttömyysaste, alle 65-vuotiaiden kuolleisuus ja nettomuuttoliike vakioitu). Luvut on kerätty vuosittain tehdyistä poikkileikkausvertailuista.

Karjaan tarvevakioidut menot vuonna 1998 olivat 18 % yllä maan keskiarvon ja 22–25 % korkeammat kuin vertailukunnissa. Karjaan menot vähenivät huomattavasti vuosina 1999–2003 suhteessa maan keskiarvoon, kun vertailukunnissa ne joko hieman kasvoivat tai pysyivät ennallaan. Vuonna 2003 Karjaan tarvevakioidut menot olivat 4 % alle maan keskiarvon ja suunnilleen samalla tasolla Lounais- ja Itäkunnan kanssa. Länsikunnan menot olivat 2003 noin 5 % korkeammat kuin Karjaan. (Kuvio 1.) Vuonna 2003 Karjaan menot olivat 1 297 euroa asukasta kohti, kun menot Länsikunnassa olivat 1 399 euroa asukasta kohti.





Kuvio 1. Tarvekioidut terveyden- ja vanhustenhuollon menot indeksoituna Karjaalla ja vertailukunnissa 1997–2004. Koko maan kustannusindeksin keskiarvo = 100.

Tarvekioitu menoindeksi ei kuitenkaan paljasta, johtuuko menojen suhteellinen muutos vähentyneestä käytöstä vai yksikkökustannusten alenemisesta. Siksi tutkimuksessa vertailtiin palveluiden (suhteellista) käyttöä Karjaalla vuosina 1998–2003 niillä tiedoilla, joita kyettiin keräämään kansallisista rekistereistä ja muista tietolähteistä. Palveluiden käyttöä tarkasteltiin erikseen erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, vanhusten laitoshoidossa sekä psykiatrisessa laitoshoidossa. Erikoissairaanhoidon käyttö Karjaalla on vuoden 1998 jälkeen vähentynyt siten, että vuoden 2001 poikkeusta lukuun ottamatta se on ollut vain hieman yli maan keskiarvon. Lähtövuonna 1998 erikoissairaanhoidon käyttö oli jopa 14 % yli keskiarvokunnan. (Taulukko 1).

Perusterveydenhuollossa avotoiminnan painopiste on muuttunut suhteellisesti lääkäripainotteisemmaksi. Vuosina 1998–1999 Karjaalla oli selvästi vähemmän avokäyntejä lääkäreille kuin maassa keskimäärin. Vuodesta 2000 eteenpäin tilanne näytti korjaan-

Taulukko 1. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, vanhusten laitoshoidon sekä psykiatrisen laitoshoidon palveluiden käyttö Karjaalla 1998–2003 mitattuna käyttöindeksillä, jossa koko maan kuntien keskiarvo on asetettu arvoon 100

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Erikoissairaanhoido ESH:n episodit	114	97	103	112	102	105
Perusterveydenhuolto avokäynnit, lääkäri	78	70	104	98	102	96
avokäynnit, muut	140	142	146	153	73	66
vuodeosaston hp	121	103	124	174	61	71
Vanhusten laitoshoido ympärivrk hoito hp	127	141	93	99	127	69
Psykiatrisen laitoshoido hoitopäivät	178	177	124	98	115	96

tuneen lähelle maan keskiarvoa. Avokäynnit muulle perusterveydenhuollon henkilökunnalle ovat taas suhteellisesti vähentyneet tarkasteluajanjakson loppupuolella. Vuosina 1998–2001 oli Karjaalla 40–53 % enemmän avokäyntikontakteja muille kuin lääkäreille koko maan keskiarvoon verrattuna. Perusterveydenhuollon hoitopäivien väestöön suhteutettu käyttö näyttää niin ikään vähentyneen: vuonna 2003 hoitopäivien käytön indeksi oli jopa 29 % alle maan keskiarvon. (Taulukko 1.) Kansalliset rekisteritiedot osoittavat, että perusterveydenhuollon potilasmäärät eivät ole merkittävästi vähentyneet eivätkä vuodeosastopotilaat muuttuneet vaikeahoitoisemmiksi (ns. case-mix) tarkastelujaksolla.

Vanhusten laitoshoidon indeksit perustuvat Stakesin SOTKA-tietojärjestelmän tietoon hoitopäivistä ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon sisältävissä sosiaalitoimen yksiköissä. Ympärivuorokautinen hoito sisälsi laitoshoidon sekä ”tehostetun palveluasumisen”, mikäli se on määritelty ympärivuorokautiseksi asumispalveluksi (henkilökunta 24 tuntia paikalla). Hoitopäi-

vien määrä Karjaalla on vaihdellut vuosittain jonkin verran mutta trendinä vähentynyt siten, että vuonna 2003 indeksi osoitti jopa 31 % vähäisempää hoitopäivien määrää kuin maassa keskimäärin. Psykiatrisen laitoshoidon indeksi osoittaa myös asteittaista, joskin vuodesta toiseen jonkin verran vaihtelevaa käytön vähenemistä. Vuonna 1998 psykiatrisen laitoshoidon käyttö oli 78 % yli maan keskiarvon, kun taas vuonna 2003 neljä prosenttia alle maan keskiarvon. (Taulukko 1.)

Yksikköhintojen tarkastelu sekä vertailu on melko vaikeaa perusterveydenhuollon tuotteistuksen (potilasryhmittelyn) puuttumisen takia, mutta kuntien toimintamenojen tarkastelu osoitti, että Karjaan perusterveydenhuollon menokehitys oli vuosina 2001–2003 selvästi maltillisempaa kuin esimerkiksi Itä- ja Lounaiskunnissa. Vanhusten laitoshoidon toimintamenojen vertailussa Karjaa erottui selvästi Lounais- ja Länsikunnista, joiden menot nousivat tasaisesti tarkasteluajanjaksona, kun taas Karjaan toimintamenot laskivat.

## Työolot, työuupumus ja sitoutuminen

Karjaalla suurimmat muutokset perusterveyden- ja vanhustenhuollon organisaatiossa ja omassa työssä oli koettu 1998–2000. Myös vertailukunnissa oli tehty suuria organisaatiomuutoksia, joilla pyrittiin tehostamaan toimintaa ja vähentämään kustannuksia. Itäkunnassa suuret organisaatiomuutokset osuivat vuodelle 2000, Lounaiskunnassa vuodelle 2002, ja Länsikunnassa niitä oli tulossa 2003. (Laamanen ym. 2002; Koponen ym. 2007.)

Karjaalla muutoksia oli ollut eniten, mutta niihin suhtauduttiin suopeimmin, ja työolot olivat kehittyneet myönteisimmin. Työn kuormittavuus (ylityöt, työn henkinen raskaus, työn vaatimukset) ei ollut lisääntynyt, ja työn voimavarat olivat joko pysyneet ennallaan (työpaikkakoulutus, henkilöstön riittävyys, työn hallinta,

työilmapiiri, lähiesimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus) tai parantuneet (varmuus työn jatkuvuudesta). Melkein koko perusterveyden- ja vanhustenhuollon henkilöstö siirtyi kolmannen sektorin järjestön alaisuuteen. Samalla henkilöstöä vakinaistettiin niin, että vakinaisten osuus ylsi vuonna 2002 vertailukuntien tasolle. (Koponen ym. 2007.)

Työolojen lähtötaso ja kehitys selittivät parhaiten työuupumusta vuonna 2002. Suurin merkitys oli korkeilla työn vaatimuksilla, heikoilla työn hallintamahdollisuuksilla sekä huonolla työilmapiirillä. Sen vuoksi oli yllättävää, että myönteisestä työolojen kehityksestä huolimatta työuupumus oli lisääntynyt Karjaalla kuten muissakin tutkimuskunnissa. Saattaa olla, että suureen muutosprosessiin Karjaalla on liittynyt henkilökunnan stressiä lisääviä tekijöitä. Kaikesta huolimatta työuupumuksen keskiarvo vuonna 2002 oli alhaisin Karjaalla, joskin ero oli tilastollisesti merkitsevä vain Länsikuntaan verrattuna. (Koponen ym. 2007; 2008a.)

Työhön sitoutuminen oli heikentynyt Karjaalla mutta organisaatioon sitoutuminen ei (halu jäädä nykyiseen työpaikkaan, vaikka saisi muutenkin riittävän toimeentulon). Työhön sitoutuminen oli heikentynyt myös Länsikunnassa, missä organisaatioon sitoutuminenkin oli heikompaa kuin muissa kunnissa. Työhön sitoutuminen oli yhteydessä organisaation kykyyn luoda myönteinen psykososiaalinen työympäristö mutta ilmeisesti myös organisaation pysyvyyteen, mikä selittäisi sitoutumisen heikentymisen Karjaalla. Työhön sitoutumista vuonna 2002 edisti vahvimmin esimiehen toiminnan koettu oikeudenmukaisuus ja siinä seurannan aikana tapahtuneet myönteiset muutokset sekä hyväksi koetut työn hallintamahdollisuudet. Iäkkäät työntekijät olivat sitoutuneempia kuin nuoret. Organisaatioon sitoutumista edisti parhaiten hyvä työilmapiiri ja kohtuulliset työn vaatimukset sekä näissä tekijöissä tapahtuneet myönteiset muutokset. Laitoshoidossa työskentelevät olivat sitoutuneempia kuin avohoidossa työskentelevät ja ruotsinkieliset työntekijät sitoutuneempia kuin suomenkieliset. (Koponen ym. 2008b.)

Tulokset osoittivat, että työuupumus sekä työhön ja organisaatioon sitoutuminen olivat yhteydessä psykososiaalisen työympäristön laatuun ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin sekä ajankohtaan, jolloin muutoksia tapahtui. Palveluntuottajan vaikutus uupumiseen ja sitoutumiseen välittyi sitä kautta, miten suotuisan ja pysyvän työympäristön se kykeni luomaan.

## Tyytyväisyys ja luottamus terveyskeskuspalveluihin

Tyytyväisyyttä terveyskeskuspalveluihin, palvelujen käyttöä sekä luottamusta terveyskeskukseen tutkittiin terveyskeskuslääkärin ja/tai hoitajan vastaanotolla käyneille asiakkaille tehdyillä kyselyillä vuosina 2000 ja 2002. Tulokset osoittivat, että asiakkaiden kokemukset ja käsitykset terveyskeskuspalveluista eivät juuri muuttuneet seuranta-aikana missään kunnassa. Kaikissa tutkimuskunnissa asiakkaat olivat melko tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihin. Parhaimmaksi arvioitiin vastaanoton laatu, palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja vaikuttavuus ja heikoimmaksi palvelujen monipuolisuus, etenkin terveysneuvonnan saaminen. Terveyskeskuspalvelut arvioitiin parhaimmaksi Karjaalla ja osin myös Lounaiskunnassa. Myös asiakkaiden luottamus terveyskeskukseen oli Karjaalla korkeampi kuin muissa kunnissa. Sitä osoitti myös se, että ei-kiireellisen syyn takia viimeksi kuluneen vuoden aikana terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneiden osuus kasvoi seuranta-aikana yksinomaan Karjaalla. (Laamanen ym. 2001; 2006.) Luottamuksen kannalta merkittäviksi tekijöiksi nousivat palvelujen hyvä saatavuus ja vaikuttavuus, tyytyväisyys terveyskeskuksen palveluihin sekä se, että on nimetty omalääkäri. Myös yksityisen palveluntuottajan hyväksyttävyyttä Karjaalla lisääntyi seuranta-aikana merkittävästi.

Karjaan myönteiset tulokset näyttäisivät selittyvän paljolti omalääkärijärjestelmällä, joka otettiin käyttöön vuonna 2000. Omalääkärijärjestelmällä onkin todettu olevan lukuisia hyötyjä. Myös Itäkunta pyrki aloittamaan omalääkärijärjestelmän, mutta lääkäri-vajaukset hidastivat toiminnan käynnistymistä. Muissa kunnissa ei virallista omalääkärijärjestelmää ollut mutta asiakkailta saattoi olla ns. vakituinen lääkäri. Myös hoitajien vastuita laajennettiin. Tuloksista voidaan päätellä, että palvelun tuottaja Karjaalla on onnistunut terveyskeskuspalvelujen kehittämisessä varsin hyvin.

## Paikallisyhdistysten toiminta terveyden edistämiseksi

Paikallisyhdistysten toiminnasta saatiin tietoa kyselylomakkeilla, jotka lähetettiin vuosina 2000 ja 2002 kaikille neljän tutkimuskunnan rekisteröidyille yhdistyksille. Yhdistysten toiminnassa ei juuri ilmennyt merkittäviä muutoksia seurantajakson aikana missään kunnassa.

Paikallisyhdistysten merkitykseen terveyden edistämisessä voidaan ajatella vaikuttavan muun muassa niiden määrä, tavoitteet ja toimintamahdollisuudet. Tihein yhdistysverkosto ei ollut Karjaalla vaan Itäkunnassa ja alhaisin se oli Lounaiskunnassa (Simonsen-Rehn ym. 2004). Kaikissa kunnissa yhdistysmäärä oli lisääntynyt, mutta molempana tutkimusvuotena kaksi yhdistystä kolmesta arvioi, että itse toiminnan järjestämiseen oli osallistunut liian vähän henkilöitä. Paikallisyhdistyksistä noin kaksi viidestä painotti laaja-alaista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Yhtä moni myös arvioi merkityksensä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta melko tai erittäin merkittäväksi. Valtaosa oli sitä mieltä, että väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä tarvitaan kunnan ja paikallisten yhdistysten välistä yhteistyötä.

Terveydenedistämistyössä tarvitaan mahdollisuutta seurata kuntalaisten terveyttä koskevia asioita sekä mahdollisuutta vaikuttaa päätöksentekoon (Simonsen-Rehn ym. 2006). Karjaalla terveydestä ja hyvinvoinnista käytävää keskustelua seurattiin vilkkaasti. Myös vaikutushalu vuonna 2002 oli vahvaa Karjaalla (62 %) ja heikompa Lounaiskunnassa (33 %), vaikkakaan erot kuntien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuitenkin vain vajaa viidennes kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että heillä oli vaikutusvaltaa kunnan sosiaali- ja terveystoimien painoalueiden suuntaamisessa.

Karjaalla yhdistysten konkreettinen yhteistyö terveystoimen kanssa lisääntyi tutkimusvuosina merkittävästi niin, että vuonna 2002 Länsikunnan etumatka oli hävinnyt. Myös yhteistyö sosiaali-toimen kanssa lisääntyi Karjaalla jonkin verran, kun se muissa kunnissa pysyi ennallaan tai väheni hieman. Useimmin yhdistykset tekivät yhteistyötä opetus- ja kulttuuritoimien kanssa. Kuitenkin, kun kaikki paikallisyhdistysten terveyttä edistävään toimintaan (toiminta terveellisten elintapojen sekä henkisen että sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi) vaikuttavat tekijät otettiin huomioon, yhdistykset Itä- ja Länsikunnassa todennäköisemmin kuin Karjaalla painottivat terveyden edistämistä toiminnassaan (Simonsen-Rehn ym. 2006). Henkilöstökyselystä vuonna 2002 saadut tulokset olivat samansuuntaiset: perusterveyden- ja vanhustenhuollon työntekijät Länsikunnassa näyttivät painottavan laaja-alaista terveyden edistämistä työssään enemmän kuin Karjaalla (Simonsen-Rehn ym. 2008).

## Työikäisen väestön terveys ja terveyskäyttäytyminen

Työikäisen väestön terveyttä selvitettiin kyselytutkimuksilla vuosina 1999 ja 2002. Näin lyhyellä seurantajaksolla väestön koetussa terveydentilassa ei ollut tapahtunut muutoksia eikä kuntien välillä ollut eroja. Kaksi kolmesta vastanneesta koki terveydentilansa

hyväksi ja noin viidesosa oli kokenut itsensä stressaantuneeksi viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Terveydenedistämistavoitteesta huolimatta väestön terveyskäyttäytyminen (liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö, ravintotottumukset) ei ollut muuttunut Karjaalla kuten ei muissakaan kunnissa. Useampi oli yrittänyt muuttaa elintapojaan kuin oli siinä onnistunut. Useimmin oli yritetty lisätä liikuntaa, ja noin kolmannes oli siinä onnistunut. Sysäys elintapojen muuttamiseen, varsinkin laihduttamiseen ja liikunnan lisäämiseen, oli tullut ensisijaisesti perheenjäseneltä eikä terveydenhuollon ammattilaiselta.

Valtaosa vastaajista katsoi tietävänsä riittävästi terveytensä ylläpitämisestä ja edistämisestä ja uskoi, että voi eniten omalla käyttäytymisellään vaikuttaa terveytensä ylläpitämiseen. Karjaalla tämä usko vahvistui seurannan aikana. Lisäpanostusta terveysneuvontaan kaivattiin kuitenkin kaikissa kunnissa. Yli puolet oli tätä mieltä. Noin viidesosa oli saanut mielestään liian vähän neuvontaa ja ohjausta voidakseen ylläpitää ja edistää terveyttään.

Tulokset väestön terveyskeskuslääkärikäynneistä olivat samansuuntaiset asiakkaille tehdyn kyselyn kanssa. Karjaa oli kunnista ainoaa, jossa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana käyneiden osuus kuin myös niiden osuus, jotka eikiireellisessä tapauksessa ilmoittivat menevänsä mieluiten terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, kasvoi seuranta-aikana. Palvelun laatu viimeksi tehdyllä vastaanottokäynnillä koettiin parhaimmaksi Karjaalla vuonna 2002.

## Onnistunut kokeilu

Palvelujen ulkoistamista on esitetty ratkaisuksi terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi väestön ikääntyessä ja kustannustehokkuusvaatimusten lisääntyessä. Tässä tutkimuksessa arvioitiin perusterveyden- ja vanhustenhuollon tehokkuutta, kun kunnallinen



palveluntuottaja vaihtui voittoa tavoittelemattomaksi kolmannen sektorin palveluntuottajaksi Karjaalla. Tutkimus on avaus empiirisen tiedon saamiseksi ulkoistamisen vaikutuksista. Tuloksia ei voi yleistää koskemaan voittoa tavoittelevia palveluntuottajia.

Tulokset osoittivat kolmannen sektorin palveluntuottajan onnistuneen Karjaalla tavoitteissaan varsin hyvin, kun muutoksia seurattiin vuosina 1997, 1999/2000–2002/2003 ja verrattiin kolmessa muussa kunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Kolmannen sektorin toimija kykeni kehittämään toimintaansa varsin joustavasti, mistä osoituksena on muun muassa väestövastuujärjestelmän vakiinnuttaminen nopealla aikataululla sekä työntekijöiden työolojen parantaminen. Onnistumisen taustalla olivat arvot, päämäärät ja niiden pohjalta tehdyt rakenteelliset uudistukset. Terveyden edistäminen asetettiin keskeiseksi tavoitteeksi kaikessa toiminnassa Karjaalla.

Yhtenä päätavoitteena Karjaalla oli perusterveyden- ja vanhustenhuollon kustannusten alentaminen muun muassa vähentämällä erikoissairaanhoidon ja laitoshoidon ja siirtämällä palveluja perusterveydenhuoltoon. Tässä tavoitteessa onnistuttiin hyvin. Kustannukset alenivat huomattavasti, kun niitä verrattiin koko maan ja tutkimuksessa mukana olevien vertailukuntien tasoon. Kansallisten rekisteritietojen perusteella kustannushyöty tuli nimenomaan siitä, että erikoissairaanhoidon ja laitoshoidon käyttö perusterveydenhuollossa, vanhustenhuollossa ja psykiatriassa väheni.

Toisena tavoitteena oli henkilöstön hyvinvoinnin edistäminen. Tässä tavoitteessa onnistuttiin osittain. Karjaalla työolojen kehitys oli ollut suotuisinta ja vakinaisen henkilökunnan osuus oli nousut. Siitä huolimatta työuupumus oli lisääntynyt kuten muissakin kunnissa ja työhön sitoutuminen oli heikentynyt. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun koko kunnan perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut ulkoistettiin Suomessa. Suuri muutosprosessi ja laajempikin Suomen työelämän murros saattoivat selittää hyvinvoinnin heikentymistä.

Kolmantena tavoitteena oli terveyskeskuspalvelujen kehittäminen. Yhtenä keskeisenä keinona oli omalääkärijärjestelmän käyttöönotto. Tulokset osoittivat, että kokeilu onnistui. Lääkärintvirat saatiin täytetyksi, asiakkaat olivat tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihin ja he myös luottivat terveyskeskukseen Karjaalla enemmän kuin muissa kunnissa. Onnistumisesta kertoo sekin, että asiakkaiden myönteisyys yksityisiä palveluntuottajia kohtaan oli Karjaalla vuonna 2000 alhaisempi kuin muissa kunnissa, mutta se lisääntyi seuranta-aikana, jolloin myös kuntien väliset erot hävisivät.

Neljäntenä tavoitteena oli paikallisyhdistysten aktivointi kuntalaisten terveyden edistämiseksi, mikä onnistui osittain. Paikallisyhdistysten yhteistyö terveystoimen kanssa lisääntyi Karjaalla. Myös halu vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia edistävään päätöksentekoon oli vahva. Yhdistysten toiminnan painotukset eivät kuitenkaan kahdessa vuodessa juuri muuttuneet.

Viidentenä tavoitteena oli väestön terveyden edistäminen. Terveyskäyttäytymisessä ja koetussa terveydentilassa ei ollut muutoksia Karjaalla eikä muissakaan kunnissa. Seuranta-aika oli lyhyt. Kuitenkin Karjaalla usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin terveyden edistämiseksi oli vahvistunut. Terveyskeskuksen suosio oli kasvanut, mutta terveysneuvonnassa oli edelleen parantamisen varaa.

Vaikka seurantajaksolla kehitys oli ollut Karjaalla suotuisinta, tutkimus ei suoraan osoittanut, että kolmannen sektorin palveluntuottaja olisi parempi kuin kunnallinen. Esimerkiksi henkilöstön hyvinvointia koskeissa analyyseissä kunnan vaikutus hävisi, kun psykososiaalisen työympäristön vaikutus otettiin huomioon. Palvelutuotantomallin vaikutus hyvinvointiin välittyi sitä kautta, miten myönteisen ja vakaan työympäristön se kykeni luomaan. Luottamus terveyskeskukseen selittyi palvelujen saatavuudella ja vaikuttavuudella, tyytyväisyydellä terveyskeskuspalveluihin ja sillä, että on nimetty omalääkäri. Tulokset viittasivat siihen, että palveluntuottaja, oli se mikä tahansa, kykenee kehittämään toimintaansa. Olen-

naista on asettaa tavoitteet ja luoda rakenteet tavoitteiden saavuttamiseksi.

Perusterveydenhuollon palvelujen ulkoistamisesta on vasta vähän kokemusta Suomessa. Tutkimuskuntien luottamushenkilöille vuonna 2004 tehty kysely osoitti, että vain harva halusi ulkoistaa palvelut kokonaan. Osittaista ulkoistamista kannatettiin enemmän. Suopeimmin suhtauduttiin sairaankuljetuksen, diagnostisten palvelujen, työterveyshuollon ja puheterapian ulkoistamiseen ja kielteisimmin ennalta ehkäisevien palvelujen ja vuodeosastohoidon ulkoistamiseen. Karjaalla ulkoistamishalukkuus oli korkeampi kuin Itä- ja Lounaiskunnissa. (Laamanen ym. 2008.)

Luottamushenkilöille lähetetty kysely osoitti, että monet käytännön toteutukseen liittyvät seikat, kuten tiedon ja asiantunteumuksen puute, luottamuksen puute osapuolten välillä sekä sopimuksen sisältöön, kuten hinnoitteluun ja kustannuksiin liittyvät seikat, olivat olleet esteenä ulkoistamiselle. Ulkoistamishalukkuuden kannalta erityisen merkitykselliseksi näytti nousevan se, missä määrin luottamushenkilöt kokivat voivansa vaikuttaa paikallistason terveystoimittamisissa kysymyksissä. Jotta terveyspalvelujen ulkoistamisen hyödyistä ja haitoista saataisiin luotettavaa tietoa, ulkoistamisprosesseja tulisi arvioida monipuolisesti ja jakaa saatua tietoa ja kokemuksia. (Laamanen ym. 2008.)

## Kirjallisuus

Hujanen, Timo & Pekurinen, Markku & Häkkinen, Unto (2006) Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Työpapereita 11. Helsinki: Stakes.

Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani (toim.) (2007) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Helsinki: Stakes.

Koponen, Anne M. & Laamanen, Ritva & Simonsen-Rehn, Nina & Sundell, Jari & Brommels Mats & Suominen, Sakari (2008a) Psychosocial work environment and emotional exhaustion of primary health care personnel. Does the service provision model play a role? Julkaisematon käsikirjoitus.

- Koponen, Anne M. & Laamanen, Ritva & Simonsen-Rehn, Nina & Sundell, Jari & Brommels, Mats & Suominen, Sakari (2008b) Psychosocial work environment and work commitment after outsourcing of primary health care services. Julkaise-maton käsikirjoitus.
- Koponen, Anne M. & Laamanen, Ritva & Simonsen-Rehn, Nina & Suominen, Sakari (2007) Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilös-tön työolot ja työuupumus neljässä kunnassa. Onko palvelutuotanto-mallilla väliä? Sosiaalilääketieteelli-nen Aikakauslehti 3, 163–173.
- Laamanen, Ritva & Suominen, Sakari & Hakonen, Ulla-Riitta & Simonsen-Rehn, Nina & Gripenberg-Gahm-berg, Marianne (2001) Peruster-veydenhuollon ominaispiirteiden toteutuminen erityyppisissä palve-lutuotanto-organisaatioissa. Kun-nallistieteellinen Aikakauskirja 4, 288–307.
- Laamanen, Ritva & Simonsen-Rehn, Nina & Suominen, Sakari & Øvretveit, John & Brommels, Mats (2008) Outsourcing primary health care services – How politicians ex-plain the grounds for their deci-sions. Health Policy, doi:10.1016/j.healthpol.2008.04.001.
- Laamanen, Ritva & Suominen, Saka-ri & Simonsen-Rehn, Nina & Ha-konen, Ulla-Riitta & Laiho, Maria & Gripenberg-Gahmberg, Marian-ne (2002) Perusterveydenhuol-lon ja sosiaalitoimen henkilökun-nan työn muutokset ja hyvinvointi. Neljän kaupungin vertaileva tut-kimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, 179.
- Laamanen, Ritva & Øvretveit, John & Sundell, Jari & Simonsen-Rehn, Nina & Suominen, Sakari & Brom-mels, Mats (2006) Client percep-tions of the performance of pub-lic and independent not-for-profit primary health care. Scandinavian Journal of Public Health 34, 598–608.
- Simonsen-Rehn, Nina & Laamanen, Rit-va & Suominen, Sakari (2004) Pai-kallisyhdistysten rooli ja merkitys terveyden edistämisessä kunnissa. Kunnallistieteellinen Aikakauskir-ja 2, 95–117.
- Simonsen-Rehn, Nina & Øvretveit, John & Laamanen, Ritva & Suominen, Sakari & Sundell, Jari & Brom-mels, Mats (2006) Determinants of health promotion action: com-parative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. Health Promotion In-ternational 21(4), 274–283.
- Simonsen-Rehn, Nina & Laamanen, Rit-va & Sundell, Jari & Brommels, Mats & Suominen, Sakari (2008) Determinants of health promoti-on action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four mu-nicipalities in Finland. Scandinavi-an Journal of Public Health. Hy-väksytty julkaistavaksi 7.7.2008.
- Stakes (2007) Indikaattoripankki Sotka-net [ATK-tietokanta]. Luettavis-sa Stakesin sivustolla www.stakes.fi => Tietokannat.

*Marja-Leena Perälä, Teija Hammar ja Pekka Rissanen*

## OMAINEN TUKENA KOTIHOIDOSSA

Suomessa kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä asukkailleen. Kotiin annettavia palveluita tuottavat julkisten sektorin ohella lisääntyvästi myös yksityiset hoivayritykset, kolmannen sektorin kansalaisjärjestöt sekä omaiset. Omaishoidon tuottajina omaiset muodostavat neljännen sektorin (Pietilä & Saarenheimo 2003; Kirsi 2004). Viime vuosina Euroopan unionin alueella tapahtunut kehitys tukee näkemystä, jossa ihmisten odotetaan ottavan vastuuta elämänsä hallinnasta ja tarvitsemansa tuen tuottamisesta (Coulter & Magee 2003; Ware ym. 2003), johon myös omaishoito kuuluu.

Perhe ja suku ovat aina hoitaneet ja pitäneet huolta jäsenistään. Perheenjäsenten välinen hoito ja huolenpito perustuvat hoitajan ja hoidettavan väliseen sukulaisuussuhteeseen ja hoitajan kokemaan moraaliseen velvollisuuteen (Kirsi 2004; Pietilä & Saarenheimo 2003). Osa tästä epävirallisesta hoidosta ja huolenpidosta on integroitu osaksi hoivapalvelujen tuottamista, jota säätelevät lait, asetukset tai viralliset sopimukset ja josta maksetaan palkkaa (Kirsi 2004; Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

Suomessa on arviolta yli 300 000 omaisensa hoidossa olevaa ihmistä (Aaltonen 2004,13). Vuonna 2005 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 54 000 yli 65-vuotiaista. (Stakes 2007). Huomattava osuus yli 60-vuotiaista (136 000) oli oman ilmoituksensa mukaan jatkuvan avun tarpeessa ja sai apua vain omaisilta (Vaarama & Noro 2005). Arviolta vajaa 70 prosenttia tarvitsijoista sai omaishoidontukea (Vaarama ym. 2003). Kuntien mukaan lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista olisi jonkinasteisessa laitoshoidossa ilman omaishoitajaa (Aaltonen 2004,13). Omaisten merkitys korostuu sosiaalisen tuen antajina.

Tässä artikkelissa kuvaamme omaishoitoa osana yli 65-vuotiaiden kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoitoa kotioloissa. Artikkelin perustuu aikaisempien, erityisesti Stakesin Palko-tutkimusten tuloksiin (Perälä ym. 2003; 2004; 2008; Grönroos & Perälä 2006; Hammar ym. 2008). Omaishoidon määrittelemme lain esittämällä tavalla. Omaishoidon antajilla tarkoitamme kaikkia läheistään hoitavia omaisia; niitä, jotka saavat hoitamisestaan korvausta (omaishoitajat) ja niitä, jotka hoitavat läheistään samatta työstään korvausta (muut omaiset).

## Omaishoidon antajat ja saajat

Useimmat auttavat omaiset ovat hoidettavien alle 65-vuotiaita lapsia (Perälä ym. 2008). Myös puolisoitten hoitovastuu läheistään on lisääntynyt (Vaarama & Noro 2005). Tutkimuksen mukaan auttajista tyttäriä oli yli puolet, poikia lähes viidennes ja puolisoita kymmenesosa. Viidennes auttavista omaisista oli vähintään 65-vuotiaita. Hieman yli puolet omaisista kävi kodin ulkopuolisessa työssä (55 %), näistä viidellä prosentilla työ oli osa-aikaista. (Perälä ym. 2008.) Aaltosen tulos oli samansuuntainen kokopäivätyössä käyvien omaisten osalta mutta selvästi suurempi osa-aikaisten osalta (Aaltonen 2004).

Vain vajaa viidennes läheistään auttavista omaisista toimii tilastoihin rekisteröityinä omaishoitajina. Heidän joukossaan on suhteellisesti enemmän puolisoita, vaikka tyttäret ovat määrällisesti suurin omaisryhmä ennen muita sukulaisia ja poikia. Omaishoitajat ovat myös vanhempia kuin muut omaiset. Perälän ja kumppaneiden tutkimuksessa omaishoitajien keski-ikä oli seitsemän vuotta korkeampi. Muihin omaisiin verrattuna omaishoitajissa oli myös enemmän naimattomia, samassa taloudessa hoidettavansa kanssa asuvia ja työstä pois olevia sekä lyhyen peruskoulutuksen saaneita (Perälä ym. 2008.)

Tutkimuksessamme omaisapua saaneista kolme neljäsosaa oli yli 75-vuotiaita naisia, jotka asuivat yksin. Omaisen mukaan hoidettavan terveys oli kolmasosalla kohtalainen tai hyvä ja viidesosalla huono. Viidesosalla auttava omainen asui samassa taloudessa. Kun kaikki hoidettavat saivat kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa, kaksi kolmasosaa sai kumpaakin. Omaishoitajien hoidettavat olivat vanhempia, heidän toimintakykynsä oli huonompi, heidän joukossaan oli enemmän miehiä ja niitä, jotka asuivat samassa taloudessa omaishoitajansa kanssa (69 % vs. 13 %) verrattuna muiden omaisten hoidettaviin. (Perälä ym. 2008.)

## Omaishoidon kuva

Omaiset auttoivat läheistään pankki-, kaupp- ja apteekkiasioiden hoitamisessa ja kuljettamisissa hoitoihin tai asioille (96 %), kotitöiden tekemisessä (84 %) ja sosiaalietuuksien ja tukien hakemisessa (74 %). Omaiset tukivat läheistään myös henkisesti (84 %) ja huolehtivat sosiaalisten suhteiden ylläpitämisestä (70 %). Näihin liittyviä toimintoja olivat muun muassa lukeminen ääneen, vierailujen järjestäminen sekä keskustelukumppanina ja seurana oleminen myös puhelimitse. He myös varmistivat jatkuvasti, että läheisen asiat ovat kunnossa ja vastasivat myös turvapuhelun soittoon. Yli puolet omaisista auttoi sairauden hoidossa ja päivittäisessä elämässä selviytymisessä, kuten päivärutiineissa, vaatehuollossa sekä hoidettavan lemmikkieläinten, kiinteistön ja edesmenneen puolison haudan hoitamisessa. Vähiten annettiin taloudellista apua. (Perälä ym. 2008.)

Päivittäin annettu omaisen apu oli henkistä tukea, kotitöiden tekemistä sekä auttamista päivittäisessä elämässä selviytymisessä, sairauden hoidossa ja kipujen lievityksessä. Viikoittain omaiset auttoivat pankki-, kaupp-, apteekki- tai vastaavissa asioissa, koti- töissä, tukemalla henkisesti sekä sairauden hoidossa ja kipujen lievityksessä. Harvemmin läheinen tarvitsi apua sosiaalietuuksien ja

tukien hakemisessa, sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä ja ulkoilemisessa. Omaishoitajat auttoivat päivittäin kaikissa kysytyissä asioissa merkittävästi enemmän kuin muut omaiset, joilla auttaminen painottui viikoittain tai harvemmin tarvittavaan apuun. (Perälä ym. 2008.)

Omaisten hoidon määrä on yhteydessä omaisen hoidon tarpeeseen. Omaiset antoivat sitä enemmän hoitoa, mitä vaikeampi oli hoidettavan sairaus. Omaiset itse ja kotihoidon henkilöstö pitivät omaisen osallistumista asiakkaan hoitoon tärkeänä. Yli puolet omaisista piti antamaansa apua erittäin tärkeänä ja noin kolmasosa melko tärkeänä läheisen kotona selviytymisen näkökulmasta. Myös kotihoidon henkilöstöstä kaksi kolmasosaa arvioi omaisen osallistumisen asiakkaan hoitoon erittäin tärkeäksi ja viidesosa melko tärkeäksi. (Perälä ym. 2003.)

Omaisten auttamiskertojen määrä ja auttamiseen käytetty aika vaihteli huomattavasti (ks. taulukko 1, s. 184).

Kolme neljäsosaa läheistään auttavista lapsista asui samalla paikkakunnalla. Päivittäin auttavista lapsista valtaosa (87 %) asui hoidettavastaan korkeintaan 10 kilometrin etäisyydellä. Tällä etäisyydellä viikoittain auttavista oli yli puolet (59 %), neljäsosa asui 11–20 kilometrin etäisyydellä ja loput tätä kauempana. (Perälä ym. 2003.)

Huolimatta siitä, että hoitoajan arvioiminen jälkikäteen on vaikeaa ja edellä esitetyt luvut ovat hoidettavien karkeita arvioita, omaishoitoon käytetty aika on huomattava. Omaisten läheisensä hoitoon käyttämää aikaa sellaisenaan voi olla vaikea käyttää kustannusten laskennan perustana. Omaiset voivat antaa paljon selästäkin apua, jota ei rahalla hankittaisi, jos siitä pitäisi maksaa. Tässäkin tutkimuksessa auttamiseksi on saatettu laskea sellaisia inhimillisen elämän asioita, joita ei pyydettäisi ulkopuoliselta. (Perälä ym. 2008.)

Kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) työntekijöiden apu oli vähäisempää sellaisille asiakkaille, joilla omaiset auttoivat enemmän. Omaisten apu korvasi kotihoidon työntekijöiden



Taulukko 1. Omaisten ja kotihoidon työntekijöiden auttamiskerrat ja avun antamiseen käytetty aika<sup>1</sup> (lähde: Perälä, Hammar & Rissanen 2008)

Avun antajat	Kaikki hoidettavat <sup>4</sup> Apu kertoina/tunteina			Omaishoitajien hoidettavat Apu kertoina/tunteina			Muiden omaisten hoidettavat Apu kertoina/tunteina					
	N	Ka	SD	Vaihtelu- väli	N	Ka	SD	Vaihtelu- väli	N	Ka	SD	Vaihtelu- väli
<b>Kotihoidon työntekijät<sup>2</sup></b>												
Auttamiskerrat												
Päivässä	166	2,54	1,77	1-12	17	2,06	1,20	1-2	108	2,63	1,85	1-12
Viikossa	159	2,18	1,23	1-6	16	2,50	1,41	1-6	103	2,05	1,12	1-5
Apu tunteina												
Päivässä	131	1,85	1,47	1-12	17	1,76	0,83	1-4	85	1,91	1,32	1-8
Viikossa	128	2,98	2,29	1-12	14	3,50	1,87	1-7	80	2,78	2,13	1-10
<b>Omainen<sup>3</sup></b>												
Auttamiskerrat												
Päivässä	83	3,25	3,78	1-20	18	4,41	4,57	1-20	62	2,55	2,19	1-10
Viikossa	143	2,37	1,32	1-10	8	5,27	8,05	1-25	130	2,38	1,35	1-10
Apu tunteina												
Päivässä	98	5,83	7,77	1-24	27	10,07	9,98	1-24	66	3,36	4,56	1-24
Viikossa	134	5,91	7,53	1-48	8	7,00	7,15	2-24	121	5,93	7,64	1-48

<sup>1</sup> Tieto kysytty 3 viikon - 6 kuukauden kuluttua sairaalasta kotiutumisesta vuonna 2001.

<sup>2</sup> Omaishoitajalta (kotihoidon työntekijä) kysytty, kuinka paljon asiakas tarvitsee apua päivittäin/viikoittain.

<sup>3</sup> Eniten auttavalta omaiselta kysytty, kuinka paljon hän on auttanut läheistään kotihoitossa.

<sup>4</sup> Mukana myös omaisia, jotka jättivät vastaamatta kysymykseen, ovatko he omaishoitajia vai eivät.

ammattillista työtä erityisesti silloin, jos omainen auttoi vähintään päivittäin (Perälä ym. 2008). Asiakkaiden (hoidettavien) näkemys tukee edellistä tulosta. Sen mukaan omaisen apu korvasi kotipalvelun antamia palvelua mutta ei kotisairaanhoidon palveluja (Hammar ym. 2008).

## Omaisten terveys ja omaishoidon kuormittavuus

Suurin osa omaisista piti terveydentilaansa hyvänä ja vain vajaa kymmenesosa huonona tai melko huonona. Sen sijaan omaisten toimintakyvyn tarkastelu ei anna yhtä hyvää kuvaa. Omaisten toimintakyky oli vajaalla puolella hyvä, kolmasosalla kohtalainen ja viidesosalla huono. Terveysteen liittyvän elämänlaadun yksityiskohtaisempi tarkastelu paljasti erityisesti nukkumiseen ja masentuneisuuteen liittyviä ongelmia: kolmannes omaisista heräsi liian aikaisin aamulla, neljännes nukkui yöllä huonosti, viidennes oli vaikeuksia nukahtamisessa ja yhtä suurta osaa huolet valvottivat öisin, neljäs osa koki itsensä masentuneeksi ja viidennes oli jatkuvasti väsynyt. (Perälä ym. 2003.)

Puolella omaisista oli lääkärin toteama pitkäaikaissairaus. Kolmannes omaisista arvioi sairauden haittaavan paljon tai melko paljon läheisen hoitamista. (Perälä ym. 2008.) Pitkäaikaiset sairaudet tai vaivat lisääntyivät omaisen ikääntyessä. Eniten omaa elämäänsä vaikeuttaviksi tekijöiksi omaiset mainitsivat unen ja levon saamisen vaikeudet (37 %), erilaiset kivut ja säryt (37 %) ja oman sairautensa hoidon (25 %). (Perälä ym. 2003.) Omaishoitajista merkitsevästi suurempi osuus sairasti pitkäaikaissairautta (69 % vs. 46 %) ja koki terveydentilansa huonoksi (14 % vs. 7 %) kuin muista omaisista (Perälä ym. 2008).

Omaiset kokivat läheisensä hoitamisen taakkana melko harvoin. Useimmat omaisista arvioivat selviytyvänsä hyvin hoitajina,

vaikka omaiset pitivät hoitamista vaativana tehtävänä ja vain noin kolmannes sai hyvin tukea. Hoitaminen oli ainakin jonkin verran vaikeuttanut suhteita ystäviin ja heikentänyt henkistä hyvinvointia noin 40 prosentilla ja fyysistä terveyttä 70 prosentilla. Hoitajuuden aiheuttamia taloudellisia rasituksia ja vaikutuksia perhe-elämään koettiin vähemmän. Puolet omaisista oli kokenut ainakin joskus jääneensä loukkuun hoitajan rooliin. Samoin vain puolet omaisista koki saaneensa arvostusta hoitajana. Tästä huolimatta suurin osa koki hoitamisen vaivan arvoisena. (Perälä ym. 2003.)

Läheisen hoitaminen on koettu sitovaksi. Sitovuus nousee kokemuksesta, että on oltava koko ajan käytettävissä ja valmiina, kun apua tarvitaan. Perheen sisällä yhteisen elämän aikana on muodostunut käsitys siitä, kuka tai ketkä perheessä olisivat sopivimpia auttamaan apua tarvitsevaa vanhempaa. (Gothóni 1991.) Liikkumavara jää usein vähäiseksi tyttärelle, jolle oli muodostunut perheen sisäisiä avunannon sitoumuksia jo ennen vanhemman hoidon tarpeen syntyä. Tyttäret eivät kuitenkaan kokeneet hoitojärjestelyjä epäoikeudenmukaisiksi tai joutuneensa tilanteeseen pakotettuihin eivätkä kysyttäessä toivoneet hoitovastuusta vetäytymistä. Sen sijaan osa toivoi saavansa enemmän apua hoitamisessa, erityisesti silloin, kun hoitamisen taakka kasvoi huomattavan suureksi eikä apua ollut saatavilla. (Pyysiäinen 2003.) Pitkäaikainen läheisen hoitaminen, samassa taloudessa hoidettavan kanssa asuminen ja paljon avun antaminen olivat yhteydessä heikentyneeseen omaisen terveyteen sekä uupumukseen ja masentuneisuuteen (Perälä ym. 2008).

## Yhteistyö kotihoidon kanssa ja tuen saaminen

Vain neljäsosa kotihoidon työntekijöistä oli säännöllisesti yhteydessä omaisiin ja vajaalla puolella yhteydenpito oli satunnaista. Yhteydenotoissa omaisiin keskusteltiin pääasiassa hoidettavan tilanteesta, hoidoista ja palveluista. Vain reilu neljännes kotihoidon työntekijöistä oli keskustellut omaisiin liittyvistä asioista, kuten omaishoidon tuesta sekä vapaapäivien ja -ajan järjestämisestä. Kaikesta huolimatta suurin osa omaisista oli melko tyytyväisiä kotihoidon palveluihin ja toimintaan. (Perälä ym. 2003.)

Vaikka omainen oli usein keskeinen hoidon antaja asiakkaalle, hän ei useinkaan saanut kotihoidon tiimiltä suoraan tietoa läheisensä hoidosta ja palvelusta. Omaiselle tiedon antamisen merkitystä korosti se, että omainen oli ainakin yhtä tärkeä tietolähde asiakkaalle kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden ohella. Tieto oli erityisen riittämätöntä esimerkiksi mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluita, läheiselle tarjolla olevasta ajanviete- ja harrastustoiminnasta, palvelumaksujen muodostumisesta sekä omaiselle ja läheiselle tarjolla olevista sosiaaliavustuksista ja tukimuodoista sekä niiden hakemisesta. Tietoa saatiin paremmin mutta ei kattavasti kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista, läheisen sairauden hoidosta ja avun saamisesta läheiselle äkillisissä tilanteissa. Vain vähän yli puolet omaisista oli ollut päättämässä läheisen kotipalveluista, vajaa puolet kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista sekä viidesosa kuntoutuspalveluista. (Perälä ym. 2003.)

Omaishoidon tuen keskeisiksi haasteiksi on asetettu myös erilaisten tukimuotojen kehittäminen omaishoitajille (Voutilainen ym. 2007). Suuri haaste olisi tukijärjestelmien kehittäminen ja ulottaminen omaishoitajien lisäksi myös muille omaistaan hoitaville omaisille. Omaiset ovat kokeneet kielteisenä omaishoidon tuen myöntämisen vain osalle tukea tarvitsevista omaisista, tuen

pienuuden ja tuen verotuksen sekä omaisten tukemisen kuntakoh-  
taiset erot (Kirsi 2004).

## Omaishoito osana sosiaali- ja terveys- palveluja

Julkinen iäkkäiden hoito on suuressa määrin riippuvainen yksityi-  
sestä, perheiden tuottamasta hoidosta. Perheiden mahdollisuudet  
hoitaa taas ovat yhteydessä siihen, kuinka yhteiskunnan taholta tue-  
taan heidän hoitotehtäväänsä.

Omaisten vastuu läheisistään vahvistuu entisestään tulevaisuu-  
dessa. Kiviniemi (2007) ennustaa, että palvelujen turvaamiseksi on  
pohdittava myös sitä, mikä ylipäätään on julkisen vallan (valtion tai  
kunnan) ja yksilöiden sekä lähiyhteisöjen vastuu. Hän perää ”uu-  
denlaista yhteisöllisyyttä, modernimmin sanottuna sosiaalista pää-  
omaa, itsekkyyden ja itsestä huolehtimisen tilalle” ja toivoo, että  
muun muassa perheiden ja sukulaisten merkitys kasvaa lähimmäi-  
sestä huolehtimisessa.

Puhuminen perheiden vastuusta jäsenistään on arka aihe. Per-  
heen vastuun korostamisen pelätään vievän kohti pakkoa huoleh-  
tia iäkkäistä perheenjäsenistä, koska on totuttu ajattelemaan, että  
vastuu vanhuksista on yhteiskunnalla. (Pyysiäinen 2003.) Kuiten-  
kin oletetaan, että perheen vastuu iäkkäiden hoidosta lisääntyy ja  
laajenee. Tätä kehitystä ovat tukeneet asiakaslähtöisyyden ja uus-  
yhteisöllisyyden vahvistuminen ja näiden tukemana yksilöiden ja  
ryhmien valtaistumispyrkimykset. Hoidettavien omaa hoitoaan  
koskevaan päätöksentekoon, hoitoon ja toiminnan kehittämiseen  
osallistumisesta on seurannut myös omavastuun lisääntyminen  
(Coulter & Magee 2003).

Kunnat ovat määrittäneet kotihoidon sisältöjä tarkemmin ja  
laatineet kriteereitä, mitkä palvelut kotihoito pystyy antamaan ja  
mitkä järjestetään muutoin. Kotihoidon tehtäväksi on katsottu iäk-

käiden fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista huolehtiminen. Omaisten ja yksityisten toimijoiden tehtävänä on muun muassa siivouksesta ja kaupassa käymisestä huolehtiminen. (Tiihonen 2007.) Suuri osa psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaamisesta on myös jäänyt omaisten vastuulle.

Kotihoidon toiminnan painopiste muuttuu runsaasti päivittäistä apua tarvitseviin. Kun iäkkäitä tuetaan asumaan kotona mahdollisimman pitkään, on kotihoidossa yhä vaativampaa ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita, joiden luona käydään useita kertoja päivässä. (Tiihonen 2007.) Jos ajattelua jatkaa, jäävät harvemmin apua tarvitsevat asiakkaat omaisten huoleksi. Edellä kuvattu muutos on tuonut uuden haasteen niin omaisille kuin kotihoidon työntekijöille. Kotihoidon työntekijöiltä edellytetään myös laajaa terveydenhuollon asiantuntemusta muun muassa sairauksista, lääkehoidosta ja ravitsemuksesta. Muutokset työnsä jaossa kotihoidon sekä omaisten, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa sekä asiakaskunnassa voivat muuttaa kotihoidon henkilöstörakennetta ja koulutusta sekä yhteistyön sisältöä asiakkaiden ja omaisten sekä muiden tahojen kanssa. Omaisten vastuun vahvistuminen osana palvelujärjestelmää edellyttää omaishoidon tuen laajentamista ja toimivien tukijärjestelmien kehittämistä kaikille omaishoidossa toimiville.

Omaishoidon tuen myötä osa omaisista on kiinteä osa kunnallista kotihoitoa. Kun puhutaan omaishoidosta, tarkoitetaan tavallisesti vain yhteiskunnalta tukea saavia omaishoitajia, jotka usein ovat sidottuja hoidettavaansa vuorokauden ympäri. Toisessa ääripäässä on omainen, joka seuraa läheisensä hoitoa ja tarjoaa henkistä tukea ja virkistystä. Näiden ääripäiden välissä on suuri joukko omaisia, jotka konkreettisesti auttavat läheisiään päivittäisissä askareissa oman perheensä ja työnsä ohessa. (Pyysiäinen 2003.) Usein nämä hoitajat ovat hoidettavien lapsia, enimmäkseen tyttäriä. He eivät saa omaishoidon tukea eivätkä juuri muutakaan tukea, vaikka voivat käyttää auttamiseen huomattavastikin aikaa. Näiden omais-

ten sijoittaminen virallisen palvelujärjestelmän on vaikeaa, koska heillä ei ole selkeää asemaa ja samanlaista ohjaavaa normistoa kuin on omaishoitajilla, joista on tullut hoivapalvelujen tuottajia.

Kun julkiset voimavarat kohdistetaan kotihoidossa vain kaikkein heikkokuntoisimmille iäkkäille, omaishoidon tuen ulkopuolella olevien omaisten hoitotaakka kasvaa entisestään. Samalla omaisten ja heidän hoidettaviensa liikkumavara hoitojärjestelyissä kutistuu ole mattomaksi. Tämän omaishoitoa antavan joukon kokemukset ovat vain vähän olleet esillä julkisessa keskustelussa. Kun tämä joukko tiedostaa tilanteensa, vaatimukset heidän asemansa parantamiseksi voivat lisääntyä tulevaisuudessa. (Pyysiäinen 2003.)

Viimeistään siinä vaiheessa, kun omainen tekee omaishoitosopimuksen tai omaisen osuus merkitään läheisen hoito- ja palvelusuunnitelmaan, omaisesta tulee osa läheisensä kotihoidon tiimiä, jonka tehtävä on suunnitella ja toteuttaa läheisen hoito. Samoin yhteisistä tavoitteista sopiminen ja hoidon suunnittelu edellyttää sitä, että myös hoidettavan lisäksi omaisella on ajantasaista tietoa ja mahdollisuus osallistua läheisen hoitoa koskevaan päätöksentekoon asiakkaan luvalla. Samoin laki omaishoidon tuesta (937/2005) edellyttää omaishoidon toteuttamisen tapahtuvan omaisten, kunnallisen palvelujärjestelmän ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyönä.

Edellisen tavoitteen saavuttaminen käytännössä on vielä kaukana. Kotihoidon ja omaisten välinen yhteistyö on satunnaista ja vaihtelee kunnittain ja alueittain. Vähemmistö sai tarvitsemaansa tietoa ja tukea muilta palvelujärjestelmän toimijoilta. Vain harvat omaiset kokevat olevansa osa hoitotiimiä ja tiedon saannissakin on puutteita, jolloin muodostuu tietovajetta ja hoidon jatkuvuus voi kärsiä (Perälä ym. 2003). Tarvitaan tukimekanismeja, joilla läheisiin hoitavaa tuetaan ja käytäntöjä, jotka yhtenäistävät koko hoitokokonaisuudessa toimivien toimintaa. Tästä on esimerkkinä erilaisiin tilanteisiin soveltuva palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoitokäytäntö, jossa asiakasnäkökulmasta on luotu rakenteet hoitokokonaisuuden toimijoiden yhteistoiminnalle (Perälä &

Hammar 2003). Jatkossa tulisi tarkastella, miten palveluohjaus-tyyppiset integroidut palvelut tukevat omaisten työskentelyä.

Monet kotihoidon työntekijöistä kokevat, etteivät he ole tasavertaisia toimijoita asiakkaiden palvelukokonaisuudessa. Kotihoidon toiminta on suurelta osin muiden päätöksiin reagoimista ja määrittyny suurelta osin palvelujärjestelmän muiden toimijoiden päätösten kautta. Asiakkaiden siirtyminen kotihoidon piiriin ei useinkaan ole yhdessä suunniteltua, vaan kotihoito nähdään usein palvelujärjestelmän päätepisteenä. Tällaisessa tilanteessa kotihoidolla on vähän liikkumavaraa ja vaihtoehtoja toimintansa kehittämiseen. (Perälä ym. 2003.) Vaihtoehdottomuutta lisää se, että kotihoidossa, erityisesti kotipalveluissa, on vielä työntekijöitä, jotka vähäisen koulutuksen vuoksi kokevat eniten puutetta ammattitaidossaan (Grönroos & Perälä 2006). Nyt kotihoidon sisällä siirretään omaisille vastuuta läheistensä hoidosta, kun kotihoidolla ei ole voimavaroja hoitaa kaikkia asiakkaita (Tiihonen 2007). Tässä tilanteessa koko palvelujärjestelmältä ja kunnalliselta kotihoidolta edellytetään aitoa asiakaslähtöistä työskentelytapaa, jotta myös omaiset kokevat olevansa osa palvelukokonaisuutta ja saavansa riittävästi tukea tehtävässään. Kun parannetaan kotihoidon asemaa palvelukokonaisuudessa ja siitä tulee tasavertainen toimija muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa, parannetaan samalla omaishoitoa.

Omaisten työssä käymiseen on arvioitu vaikuttavan se, miten kotihoitoa tuetaan. Asiakkaiden itsehoitoon ja omaishoitoon liittyy erisuuntaisia paineita, joilla pyritään samaan tavoitteeseen. Yhtäältä korostetaan asiakkaiden ja läheisten osallistumista ja yhteisöllisyyttä sekä omavastuun ottamista omista asioista ja läheisistään. Jos omavastuun lisääntymisen myötä iäkkäiden hoitoon kotiin annetaan vähemmän palveluja, naiset voivat jäädä hoitamaan läheistään. Toisaalta väestön ikääntymisen kustannusten hallinnan parantaminen länsimaissa edellyttäisi työajan pidentämistä. (Vrt. Yoo ym. 2004.) Suomessakin pyritään lisäämään työajan pituutta siir-



tämällä eläkkeelle lähtöä tai järjestämällä työoloja (Hallitusohjelma 2007).

Omaishoidon voimavarana on otaksuttu vähenevän ja jäävän yhä suppeamman ryhmän tehtäväksi. Kun lapset asuvat työn vuoksi kaukana, vanhempien lähellä asuvien lasten hoitotaakka lisääntyy. Toisaalta lasten mahdollisuus antaa omaishoitoa vanhemmilleen lisääntyy, kun omaan perheeseen ja työhön liittyvät velvoitteet vähenevät iän myötä. Jo tällä hetkellä monet vanhempansa hoitavista lapsista ovat itse eläkeikäisiä. (Kirsi 2004, 93.)

## Kirjallisuus

- Aaltonen, Elli (2004) Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Selvityshenkilö Elli Aaltosen ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3. Helsinki.
- Coulter, Angela & Magee, Helen (2003) *The European patient of the future*. Philadelphia: Open University Press.
- Gothóni, Raili (1991) Omaiset – loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:4. Helsinki.
- Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena (2006) Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(5):484–498.
- Hallitusohjelma (2007) Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen ohjelma.
- Hammar, Teija, Rissanen, Pekka & Perälä, Marja-Leena (2008) Home care clients' need for help and use and costs of services. *European Journal of Aging* (Accepted).
- Kirsi, Tapio (2004) Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden miesten ja naisten hoitokokemuksista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kiviniemi, Kirsi (2007) Rakenteista palveluihin. Päivän teema. Savon Sanomat 31.12.2007.
- Laki omaishoidon tuesta 937/2005
- Perälä, Marja-Leena & Hammar, Teija (2003) PALKOmalli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena & Rissanen, Pekka & Grönroos, Eija & Hammar, Teija & Pöyry, Päivi & Teperi, Juha (2003) PALKO – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koesasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena & Rissanen, Pekka & Grönroos, Eija & Hammar, Teija & Pöyry, Päivi & Noro, Anja & Teperi, Juha (2004) Integrated services in hospital discharging and home care – results of baseline evaluation, Proceedings, Integrated Ca-

- re conference, Birmingham 19.–21.2.2004.
- Perälä, Marja-Leena & Hammar, Teija & Rissanen, Pekka (2008) Omaisen läheisensä hoitajana kotona, Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoiton työntekijöiden avun määrään. *Yhteiskuntapolitiikka* 1:63–72.
- Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja (2003) Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry.
- Pyysiäinen, Jaana (2003) Neuvottelut ja liikkumavara iäkkään vanhemman hoitamisessa. Aiheita 14/2003. Helsinki: Stakes.
- Stakes (2007) *Sotkanet*. Indikaattori-pankki 10.9.2007
- Tiihonen, Pirjo (2007) Työ on muuttunut hoivaksi ja hoidoksi. *Savon Sanomat* 31.12.2007.
- Vaarama, Marja & Noro, Anja (2005) Vanhusten palvelut. *Suomalainen terveystiedotus*. 18.7. 2005. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00058](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058)> [11.9.2007]
- Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla (2003) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003:8. Helsinki.
- Voutilainen, Päivi & Kattainen, Eija & Heinola, Reija (2007) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna, Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:28. Helsinki.
- Ware T, Matosevic T, Hardy B, Knapp M, Kendall J & Forder, J (2003) Commissioning care services for older people in England. The view from care managers, users and carers. *Aging & Society* 2003; 23, 411–428.
- Yoo, Byung-Kwang & Bhattacharya, Jay & McDonald, Kathryn M & Garber, Alan M (2004) Impacts of Informal Caregiver Availability on Long-term Care Expenditures in OECD Countries. *Health Services Research*. 39 (6, Supplement Part II):1971–1992.

*Jari Vuori*

## JULKISESTI, YKSITYISESTI VAI TILATUSTI TUOTETTU TERVEYS – KANSALAISEN VALINNAT TERVEYSPALVELUISSA

Kansalaisten terveyspalvelujen valinnat monimutkaistuvat.<sup>1</sup> Euroopassa hallitukset ja rahoittajat ajavat voimallisesti julkisten palvelujen ”persoonallistamista”, potilaan aseman muuttamista asiakkaasta jopa kuluttajaksi. Samalla jotkut eivät voi valita mistään ja mikä ehkä pahinta, jotkut eivät edes halua. Helsinkiläisistäkin 40 % kysyy ennen terveyspalvelujen käyttöä ensin neuvoa yleensä puolisolta tai muulta läheiseltä. Silti tämäkään itsehoidollinen rooli ei aina ole terveydenhuollon kustannuskriisiä helpottava. Nimittäin mitä enemmän neuvot saavat kansalaisia siirtämään terveen elämän aloittamista, sitä enemmän hallitusten vaikeudet kasvavat myöhemmin (vrt. esim. tutkimukset nuorten liikalihavuuden räjähdysmäisestä kasvusta). Sairautta ja hoidosta riippuvaisuutta vähääkään pitkittäviä palveluja tulisi merkittävästi vähentää, jotta kansalaisten itsehoidollisuus ja palvelujen käyttöaste vähenisi. Terveyspoliittisesti on tehty juuri päinvastoin eli esimerkiksi mahdollistamalla hoitotakuulla nopeampi hoitoon pääsy muun muassa tehostamalla organisaatioiden palveluketjuja.

Kansalaisten valinnanvapauden lisäys merkitsee helposti sitä, että jokaisen kansalaisen tulisi saada tarpeitaan vastaavat palvelut. Julkisten palvelujen reformipolitiikka tukee vapautta myös silloin, kun kansalaisten verorahoille halutaan vastinetta (value for money). Terveyspalvelujen tarjoajan ydinhaasteeksi jää silti tämä: mitä

<sup>1</sup> Käsittelen tässä artikkelissa erityisesti sitä, miten julkisia, kunnallisia terveyspalveluja tulisi uudistaa aina 1960-luvulta kertyneen tutkimusnäytön valossa. Kirjoitus perustuu teokseen Jari Vuori (toim.) (2008) Terveyspalvelujen valinta ja organisointi. Kuopio University Press.

kansalaiset haluavat, ei ole aina se, mitä he tarvitsevat. Haluamiseen reagointi lisää palveluntuottajien määrää ja kulutusta. Kansalaiset, joille terveys on keskeinen arvo, vaativat monipuolisempaa vastinetta verorahoilleen. Riskinä on, että mitä äänekkäämmät kuntalaiset (vrt. exit-voice-kirjallisuus) ja mitä vauraampi kaupunki, sitä enemmän tarjontaa ja sitä suuremmat budjettien ylitykset. Tämä ristiriita korostuu myös maantieteellisesti. Mitä etelämmäksi laskeudutaan Suomen kartalla, sitä enemmän kansalaiset haluavat tiheän palveluverkoston säilyvän, vaikka harvempi verkosto takaisi paremman hoidon. Esimerkkinä tästä on se, että keskimäärin Oulussa, Kuopiossa, Tampereella, Turussa ja Helsingissä suurin osa kansalaisista on 1–3 kilometrin etäisyydellä yksityisestä tai julkisesta terveyspalvelujen tarjoajasta. Vantaalla esimerkiksi lääkärin tarkistaessa, missä 50 viimeksi vastaanotolla käynyttä potilasta asuivat, etäisyys kodin ja terveyskeskuksen välillä oli vain noin 150 metriä. Kun kansalaisista tärkeimpiä laadun kriteereitä on nopea hoitoon pääsy ja erikoislääkäripalvelut, niin päättäjät joutuu usein tahtomattaankin vastaamaan tähän nopeuden vaatimukseen. Hoitojen tarkempi kohdentaminen ja jopa vähentäminen olisi tarkoituksenmukaisempaa terveystaloutta, mutta siihen ei ole mahdollisuutta. Poliittishallinnolliset implementaatiotutkimukset näet osoittavat, ettei päättäjillä useinkaan ole mahdollisuutta kieltää kansalaisilta palveluja menettämättä samalla päättäjän asemaa. (Ks. esim. Olsen & Peters 1996.)

Tarkastelen seuraavaksi tutkimustamme varten kerättyyn (Vuori 2008) kansalliseen väestöaineistoon nojautuen erityisesti sitä, miksi kansalaisten valintojen ja terveystarpeiden aiheuttamia ongelmia ei voida ratkaista yksinkertaisesti esimerkiksi kilpailuttamisella, tilaaja-tuottajamalleilla tai julkisten palvelujen merkittävästi laajamittaisella ulkoistamisella. Pyrin osoittamaan, että suurin osa näistä pyrkimyksistä aiheuttaa uusia ongelmia, ilman että alkuperäiset syyt tulevat lainkaan korjatuiksi.

## Kansalainen terveyspalvelujen valitsijana – itsehoitoa vai riippuvaisuutta hoidosta?

Miksi valinnan tarkastelu on tärkeää? Ensiksi, kunnat yrittävät ratkaista talousahdingossa elämäntapaan liittyviä pulmia tavalla, josta seuraa uusia entistä vaikeampia ongelmia. Klassinen esimerkki tästä on havainto, että poliisien pidätyksistä saamat suorituspalkkiot lisäsivät kansalaisten turvattomuutta: kansalaisten turvattomuuden tunne lisääntyi pidätysten lisääntyessä. Toisen hyvän esimerkin tarjoaa hammashoito. Preventiivinen hammaslääketiede on osoittanut suhteellisen hyvin sen, että mitä enemmän ihmisten hampaita joudutaan paikkaamaan, sitä huonommin ne kestävät koko eliniän. Kun kunnalliset päättäjät lupaavat nopeaa hammashoitoon pääsyä, rohkaistaan ihmisiä pahimmillaan käyttäytymään epäterveellisemmin (vrt. makeisten kulutuksen kasvu).

Esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaajan ja tuottajan erittely ei ole ratkaisu pulmaan, koska tilaajat eivät todennäköisesti tilaa kansalaisille ”preventiivisiä ohjelmia”, vaan ns. korjaavia hoitoja. Kun kansalaisia ei saada hoitamaan itseään eli harjaamaan hampaitaan, heille tilataan pahimmillaan erikoissairaanhoidon palveluja. Näin on kustannuskierre valmis. Jos taas kansalaisille olisi tarjolla enemmän hammashoitopalveluja, kasvaisi riski myös siihen suuntaan, että korjaavia toimenpiteitä tehtäisiin nykyistä enemmän. Elämäntavan muutoksen kannalta palveluverkoston harventaminen vähentäisi ns. lääkäripulaa ja sen sijasta kansalaisten tietoisuutta itsehoidon merkityksestä voitaisiin lisätä (vrt. WHO:n Terveet kaupungit -verkosto). Kuntapäättäjät eivät usein hyväksy tätä, vaan vastaavat kuntalaisten odotuksiin parhaansa mukaan tarjoamalla nopeampaa pääsyä hoitoihin. Parhaimmillaan tämä on tarpeen, pahimmillaan väestön terveydentila heikkenee eikä ihmisestä tule esimerkiksi terveysliikkuja.

Toiseksi valinnanvapaudesta seuraa, että mitä enemmän palveluja, sitä enemmän käyttäjiä ja eriarvoisuutta palvelujen saatavuus-

nessa on jopa kuntien sisällä. Lisäksi mitä enemmän erilaisia palvelujen tuottajia on, sitä hankalampaa kokonaisuuden hallinta on. Kansainvälinen vertailu erilaisista terveystalvvelujärjestelmistä näyttäisi osoittavan sen, että parhaiten toimivat ne yhteiskunnat, joissa toimitaan yhdellä terveystalvvelujärjestelmällä (ks. esim. Allin ym. 2004)

Kolmanneksi, valinnanvapaus madaltaa myös vauraiden ihmisten ja työkäisten palvelujen käytön kynnyistä, ja houkutus priorisoida palveluja tälle käyttäjäryhmälle on ilmeinen.

Neljänneksi, valinnan vapaus tuo terveystalvveluihin oletuksen kilpailuttamisen ja laadun välisestä virheellisestä syy-seuraussuhteesta. Oletus siitä, että kansalainen tai hänen edustamansa kunta kilpailuttaisi palveluntuottajia kansalaisten eduksi, elää sitkeästi, vaikka esimerkiksi palvelusetelikokeilut osoittavat toistuvasti tämän vääräksi. Kun joidenkin terveystalvvelukeskusten lääkärit näyttävät hoitavan hitaammin potilaita (teknisesti tehottomammin) kuin toiset julkiset tai yksityiset, päätellään helposti, että lääkärin työtä on tehostettava. Hoidettavien potilaiden määrän lisäys ei silti lisää hoidon vaikuttavuutta. Tässä tapauksessa saattaa olla kyse esimerkiksi siitä, että palvelujen käyttäjien sosioekonominen tai etninen tausta eroavat siinä määrin, ettei käyttäjillä ole muita valinnan vaihtoehtoja (esim. vakuutuksia, työterveyshuoltoa, yksityislääkäriä tai jopa hoitavaa lähiomaista), joten hoitoon pääsy viivästyy kysynnän kasvassa. Muualla kaupungin alueella vauraammat ja etnisesti homogeenisemmat kansalaisryhmät voivat käyttää myös muita kuin terveystalvvelukeskuspalveluja, jolloin tuon alueen terveystalvvelukeskuksen hoitojonot lyhenevät useita viikkoja.

Tehostamisvaatimus kasvaa etenkin, jos väestöltään vauraamman alueen terveystalvvelukeskuksen vastaanottoajat ovat lyhyemmät. Tämä suoraviivaisuus ottaa huonosti huomioon kansalaisten käyttäjäprofiilit. On selvää, ettei 15 minuutissa saa ulkomaalaista potilasta hoidetuksi tulkin välityksellä yhtä nopeasti kuin itseään ehkä muutoinkin hoitavaa ja terveystalvveluttään seuraavaa koulutettua suomalaista. Kilpailuttamista varten otettavampi vaihtoehto on ehkä palvelu-

yksiköiden yhdistäminen, koska myös tällöin potilasaines muuttuu ammatillisesti kiehtovammaksi ja lääkärien työssä säilyy mielekkyys. Myös kliininen hoidon laatu nousisi, kun useampia osaajia olisi samassa organisaatiossa, samalla riippuvaisuus sairauspalveluista vähenisi etäisyyden kasvaessa ja itsehoito lisääntyisi. Vaikka tämä olisi kansalaisten edun mukaista, on se vastoin kansalaisten tärkeimmiksi nostamia terveyspalvelujen laatutekijöitä eli nopeaa hoitoon pääsyä ja erikoislääkäripalveluja. Täten kansalaisten valintaan vastataan helposti nopeuttamalla palvelujen tuottamista entisellä organisaatioyksikkökapasiteetilla (vrt. hoitotakuu), eikä kustannuksia hillitsevien itsehoidon ja sähköisten palvelujen lisäämisellä. Sen sijaan, että palveluntuottajien monimuotoisuus aina vapaaehtoisjärjestöjä myöten hyödynnettäisiin palvelujen tarjonnassa, kunnat kilpailuttavat toimijoita keskenään erilaisilla tilaaja-tuottajamallien versioilla palvelulaitosten määrää juurikaan kyseenalaistamatta.

Viidenneksi, valinnan vapauden korostaminen ohjaa ajattelua siten, että kaikkien ihmisten oletetaan olevan halukkaita valitsemään jotain. Tulisi muistaa, että valitsematta jättäminen on myös valinta (vrt. eutanasia ja hoidoista kieltäytyminen). Jos tämä unohdetaan, ohjataan resursseja myös poliittisesti sinne, missä niitä käytetään eniten. Samanaikaisesti palvelujen ulkopuolella pysyttelevät ikääntyvät ja heidän vaivansa saattavat kasaantua niin suuriksi, että kun he hakeutuvat hoitoon, kustannukset ovat tällöin moninkertaiset (vrt. ikääntymisen tuomat kustannukset). Samalla kansalaisia edustavat tahot valitsevat palveluja niille, jotka eivät niitä edes tarvitsisi, mutta kyllä vaativat. Kun vaatimuksessa omaksutaan vielä kuluttajan rooli, päädytään amerikkalaisten terveyskäyttäytymisen pulmiin: toimijoista tulee pelaajia terveyden pelilaudalla, jossa kaikki häviävät. Kansalaiset oppivat peräämään korvauksia pienistäkin hoitovirheistä asianajajiensa avulla ja palvelujen tarjoajat varautuvat vakuutuksin pahimpaan. Seuraus: kustannukset kasvavat, mutta palvelujen saatavuus heikkenee. Kun lisäksi kilpailuttamisel-

la yritetään laskea kustannuksia, niin kilpailijoita tulee niin paljon, että järjestelmä ei ole enää hallittavissa. Tästä seuraa loputon uudistusten kehä, jossa hoidetaan oiretta tarttumatta syyhyn: koko järjestelmän ulkopuolelle jäävien vakavasti sairaiden ihmisten kasvavan määrän välillisiin ja välittömiin kustannuksiin.

Kun yritetään löytää näyttöä sille, kenen toimesta terveystalvet tulisi tuottaa, oletetaan usein organisaatioiden johtamista ja tehokkuutta vertailtaessa, että organisaatiot olisivat jotenkin palvelujen käyttäjien suhteen samankaltaisessa tilanteessa. Kuten edellä esitetystä käy ilmi, kansalaiset ovat varsin erilaisia valintojen suhteen. Jos organisaation A potilaat ovat hoidosta riippuvia koulutamattomia kroonisia potilaita, on sitä mahdotonta verrata organisaatioon B, jonka potilaat ovat itseään hoitavia ja koulutettuja asiakkaita. Kysymystä, kenen toimesta palvelut tulisi tuottaa, tarkastellaankin helposti liian yksiulotteisesti.

## Julkisten ja yksityisten terveydenhuolto-organisaatioiden erot: mitä todella tiedetään?

Julkisten ja yksityisten palvelutuottajien eroja hahmotetaan enemmän uskomuksiin kuin tietoon nojautuen. Esimerkiksi omistajuudella oletetaan olevan kustannuksia vähentävä vaikutus. Tämä kuvitelma tulee jo Sokrateen (Ksenofon 1960) luomista uskomuksista: jokainen hoitaa omaa talouttaan parhaiten. Näitä mielikuvia tietyt niin kapean alueen asiantuntijat kuin päättäjätkin oppivat lähimpien viiteryhmiensä valikoivista havainnoista. Tämä ei toki tarkoita sitä, etteivätkö jossain kunnassa määrältään ja laadultaan rajatut palvelut olisi halvemmin tuotettavissa yrityksen, säätiön tai voittoa tuottamattoman yhdistyksen toimesta. Mutta ei se myöskään tarkoita sitä, etteivätkö jonkin kunnan terveystalvet toimisi



jo nyt niin tehokkaasti ja asiakaslähtöisesti kuin ne vain voivat toimia. Ja vielä vähemmän se antaa oikeutta olettaa, että yhden kunnan todellisuus olisi sellaisenaan vallitseva muuallakin.

Kunnan sosiaali- ja terveystenonon aiheuttamat talousvaikeudet eivät ole seurausta siitä, ettei kuntaa ole johdettu yrityksen tavoin. Ne voivat olla merkki siitä, etteivät kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot hyödynnä kaikkea osaamistaan tai kohdenna niukkoja resurssejaan oikein. On myös mahdollista, ettei edes hyvin johdettu ja tehokkaasti organisoitu terveyskeskus voi tarjota palveluja tehokkaasti. Jos palvelujen käyttäjät ovat sairastavuudeltaan ja vaatavuudeltaan muista vastaavien yksiköiden käyttäjistä poikkeavia, syntyy ongelmoin sijasta pulma. Pulman voisi hoitaa vain rajaamalla tietyt potilasryhmät pois, kuten yksityiset palveluntuottajat tekevät esimerkiksi hinnoittelulla. Tämä on vastoin julkisen terveyskeskuksen perustehtävää. Niin ikään organisaation perustarkoitus ei ole alun perin olla hoitoa tarjoava, vaan myös hoidon tarvetta kartoittava. Joka tapauksessa oli uudelleen organisointi mikä tahansa muutoaan, siitä aiheutuu kustannuksia. Tieteellinen haaste syntyy siitä, missä vaiheessa uusi organisoitimuoto alkaa peittää käynnistämiskustannukset. Se, minkälaisilta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät siis näyttävät yleisten tilastojen valossa (vrt. esimerkiksi OECD), ei valitettavasti kerro juurikaan siitä, onko palvelut organisoitu tehokkaasti ja vaikuttavasti ja sopeutettu tarkoituksenmukaisesti vastaamaan kansalaisten tarpeisiin.

Miksi tilaaja-tuottajamalli ei sitten ratkaisisi suomalaisten kunnallisten, julkisten terveyspalvelujen ahdinkoa ja kansalaisten terveyspalvelujen saatavuuden ongelmia? Miksi ylipäänsä erilaiset uudistukset (esim. terveydenhuoltopiiri) eivät tuo ratkaisua kansalaisen terveyspalvelujen valinnan ongelmiin? Näihin kysymyksiin on useita eri perusteluita. Ensiksi kiistaton tutkimusnäyttö julkisen tai yksityisen palveluntuottajan eroista puuttuu, toiseksi palveluntuottajia koskeva keskustelussa ei eritellä eri tarkastelutasoja riittävästi (esim. terveyspolitiikalla ei voi perustella organisaati-

tion tehokkuutta), kolmanneksi väestön alueelliset erot vaikeuttavat organisointia ja neljänneksi terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnan johtamisen, poliittisen ohjauksen ja professioiden aiheuttamia ristiriitoja ei tarkastella avoimen kriittisesti kansalaisen, potilaan ja kuluttajan näkökulmista. Lisäksi useat terveyteen liittyvät tarpeet ovat pikemminkin seurausta kansalaisten vääristä arvostuksista ja valinnoista, joita ei voi poistaa vastaamalla niihin palveluja uudelleen organisoimalla.

Ongelman ydin on tapahtuneesta kehityksestä huolimatta se, että vain harvoissa tapauksissa palvelujen tuottajat ja palvelujen käyttäjät ovat niin identtisiä, että vertailu olisi luotettavaa. Lopulta on erittäin vaikeaa myös sanoa, johtuvatko todelliset erot siitä, että organisaatiot ylipäänsä eroavat, vai siitä, että ero johtuu julkisesta tai yksityisestä palveluntuottajasta. Seuraavaksi tarkastelenkin lyhyesti, miten mahdollisesti havaittuihin vertailueroihin julkisten ja yksityisten organisaatioiden laadun, johtamisen ja kustannusten sekä hoidon vaikuttavuuden tasoilla tulisi suhtautua.

## Julkisten ja yksityisten organisaatioiden erot

1990-luvun lopulla useiden tahojen oli mahdotonta hyväksyä sitä, että yhdessä johtavista lääketieteen julkaisuista (JAMA) voittoa tavoittelemattomien organisaatioiden todettiin toimivan laadukkaammin kuin voittoa tavoittelevat. Keskustelu syntyi siitä, että yhdysvaltaisten on täysin mahdotonta uskoa, että kukaan voisi toimia laadukkaasti ilman selkeää taloudellista kannustetta. Todellisuudessa julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laatuun vaikuttaa merkittävästi niistä muun muassa mediassa luotu mielikuva. Lähes 40 % viiden yliopistokaupunkimme kansalaisista uskoo lehdistön luoman kielteisen kuvan julkisista palveluista pitävän paikkansa. Luottamuskuilu- ja preferenssiteoria osoittaaakin, että mitä

enemmän palvelujen käyttäjillä ja ammattilaisilla on kokemuksia samantyyppisistä julkisista ja yksityisistä terveyspalveluista, sitä vähemmän palvelujen laadun eroja on havaittavissa. Mitä vähemmän niitä on, sitä enemmän yleisellä mielipiteellä ja läheisten tarinoilla on palvelujen odotuksia ohjaavia vaikutuksia. Tutkimuksemme tukee myös tätä sikäli, että julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laadun osalta kansalaiset preferoivat täysin samoja tekijöitä, joita ovat vastaanotolle pääsyn nopeus, erikoislääkäripalvelujen saataavuus ja pitkäaikainen ja vakituinen hoitosuhde.

Lopulta pitäisi muistaa, että kansalaiset arvioivat aina vain koettua palvelua, mutta he eivät kykene juurikaan, jos ollenkaan, arvioimaan sitä, olivatko esimerkiksi heille tehdyt kliiniset toimenpiteet oikeita ja oikein tehtyjä. Julkisten ja yksityisten terveydenhuolto-organisaatioiden asiakastyytyväisyysvertailua ei voi käyttää argumenttina puolesta tai vastaan, koska kansalaiset arvottavat näitä organisaatioita tutkimusten mukaan toisistaan poikkeavalla tavalla (esim. julkisessa jono merkitsee huonoa laatua, yksityiseen on jonoa parhaimmille asiantuntijoille). Mediassa saatetaan arvostella myös julkisen sairaalan päivystyksen hitautta, vaikka se on ulkoistettu yksityiselle toimijalle.

Mielenkiintoista on tietysti se, että julkisten ja yksityisten organisaatioiden vertailututkijat ovat jo vuosia löytäneet organisaatioiden toiminnasta enemmän yhtäläisyyksiä kuin erilaisuuksia. Tutkijat ovat olleetkin halukkaat luopumaan ylipäänsä koko jaottelusta, mutta poliittinen keskustelu ja media ovat sitkeästi ylläpitäneet jakoa yllä erityisesti tehokkuusmyyttiin vedoten (Rainey & Chun 2007).

## Johtamisen ja henkilöstön erot

Aina 1960-luvulta lähtien on etsitty näyttöä siitä, että julkisen sektorin työntekijöiden motivaatiossa altruismilla on palkkaa suurempi vaikutus. Organisaatio- ja johtamistutkimuksen tuottama tieto on tässäkin ristiriitaista: toisissa organisaatioissa julkisen sektorin henkilöstö on erittäin motivoinutta itse työstä enemmän kuin yksityisissä ja päinvastoin. On silti myös näyttöä siitä, että tietyille julkisen sektorin aloille hakeudutaan edelleen sen yhteiskunnallisen ja kaikkia kansalaisia palvelevan ulottuvuuden vuoksi (vrt. ympäristötehtävät, sosiaalityö). Osa tästäkin tutkimustiedosta on virheellistä sikäli, että se on pääosin tuotettu Yhdysvalloissa ja tutkimuksessa on kartoitettu enemmän johtajien käsityksiä toiminnastaan kuin todellista toimintaa (Vuori 2001; ks. myös Hofstede & Fink 2007.)

Huolimatta siitä, että suorituksen ja palkitsemisen välinen syyseuraussuhde on huonosti osoitettu todeksi tutkimuksissa, useat organisaatiot uskovat myös julkisten terveydenhuolto-organisaatioiden henkilöstön olevan motivoitavissa palkankorotuksilla. Nyt tulisi tarkemmin analysoida muun muassa niitä lääkäreitä, jotka ovat palanneet yksityisten terveydenhuolto-organisaatioiden palveluksesta takaisin julkisiin terveydenhuolto-organisaatioihin. Tutkimusnäyttöjä siitä, että palkitseminen tuhoaa altruistisen, työstä itsestään syntyvän motivaation, on tuotettu jos 1970-luvulta lähtien (ks. esim. tästä tutkimuslinjasta Houston 2006). Mikäli ulkoisista palkkioista tulee yhä enemmän keskeisin keino, jolla yritetään houkutella niin hoitajia kuin lääkäreitäkin organisaatioiden palvelukseen, olisi hyvä muistaa, että lähes 40 000 hoitajaa käsittävässä eurooppalaisessa kyselyssä kävi ilmi, että kaikkein tärkein alalla pysymisen syy on kiistatta monipuolinen hoitotyö, joka antaa teki-jälleen merkitystä elämään (Hasselhorn ym. 2003). Samankaltaisia tuloksia saatiin jo 1990-luvun alussa terveystieteiden osalta Suomessa. Näin ollen enemmän kuin julkisista tai yksityisistä työnantajista kysymys on pikemminkin siitä, miten työ saadaan orga-

nisoitua tekijöilleen merkitystä antavaksi siten, että he voivat nähdä työnsä potilaan terveyttä kohottavat vaikutukset. Tällä hetkellä lainsäädännölliset ja työehtosopimukselliset tekijät sitovat enemmän julkisia kuin yksityisiä työnantajia, mikä luonnollisesti osin selittää pyrkimyksen lisätä liikelaitosten ja taseyksiköiden määrää kunnissa. Tämä ei silti tarkoita, että julkinen olisi huonompi kuin yksityinen, koska sääntelyn täydellisellä purkamisella on myös varjopuolensa.

## Kustannuserot

Olisi hyvä muistaa, että julkinen tuotanto ja laajemmin ottaen laajat julkiset sektorit ovat kehittyneet juuri niille alueille, joissa palvelujen tuottaminen ei ole yksityisesti kannattavaa tai se on jopa mahdotonta. Esimerkiksi terveydenhuollossa erittäin vaativat ja riskialttiit hoidot on perinteisesti hoidettu julkisissa sairaaloissa ja yksinkertaisemat ja selkeät yksityisissä. Ympäristöterveyteen liittyvät kysymykset ovat usein jo liian monimutkaisia ja riskialttiita yksittäisen yrittäjän kannettavaksi, ja tästä syystä tietyt länsivaltiot ovat suhtautuneet kriittisesti esimerkiksi vesilaitosten yksityistämiseen.

Tällä hetkellä yksittäisissä kunnissa tehdyistä osin onnistuneista ulkoistamisista tehdään liian pitkälle meneviä päätelmiä. Erityisesti sopimuksissa ei tarkkaan tiedetä, mitä ammattilaiset tekivät ennen kuin heidän tuottamansa palvelu ulkoistettiin. Hyvä esimerkki tästä on sairaala, joka ulkoistaa päivystyksensä yksityiselle yritykselle tietämättä tarkkaan kaikkia niitä toimia, joita se haavoittaa. Tämän jälkeen, ellei erikseen sovita, lääkärit eivät periaatteessa saisi konsultoida sairaalan muita lääkäreitä ilman erillistä maksua julkiselle sairaalalle. Toiminta saadaan näyttämään tarvittaessa halvemmalla sillä, että se on kilpailutettu siten, ettei mahdollisesti muitakaan ylimääräisiä tehtäviä sisällytetä yksityislääkäreiden työhön. Jos kilpailuttamisen perusteena käytetään vain päivystyk-

sen hoidon sujuvuutta, ollaan arveluttavalla alueella. Tarkkaan ottaen läheteiden määrä ei saisi merkittävästi nousta ulkoistamisen myötä, vaan toimivassa ulkoistuksessa määrän tulisi laskea. Tähän luonnollisesti tarvitaan lisää uusia säädöksiä, joita on myös kyettävä valvomaan, mistä seuraa uusia kustannuksia. Toinen asia, johon on erittäin vaikea puuttua, on se, että julkisissa sairaaloissa potilas voi valita puuduttamisen ja nukuttamisen väliltä, mutta yksityisissä nukuttaminen jouduttaa leikkausprosesseja.

Kustannusvertailun vaikeudesta kertoo jotain myös se, että hoitotakuun yhteydessä esitettyjä kumppanuussopimuksia on helppo esitellä siten, että yksityissairaalan vuokraaminen on kannattavampaa muun muassa leikkaushintojen vuoksi. Näissä vertailussa tulisi silti kyetä ottamaan huomioon se, kuinka paljon esimerkiksi yliopistosairaalassa tuo aika on pois tutkimuksesta ja opetuksesta. Aivan oma lukunsa on sitten se, jos lääkärit eivät ehdi oppimaan asioita vanhemmilta kollegoiltaan hoitotakuun velvoitteiden täyttämisen vuoksi. Tällöin seurauksena on, että tiettyjen osaajien määrä vähenee vähitellen entisestään.

On vaikeaa ymmärtää, mistä julkisen ja yksityisen väitetyt kustannuserot voisivat aiheutua terveydenhuollossa, jos kaikilla on samat työolosuhteet ja mahdollisuudet (ja vyörytysten osuudet on kyetty laskemaan). Nyt raportoidut erot aiheutuvat muun muassa siitä, että yksityisesti todella kannattaa tuottaa sellaisia palveluja, jotka ovat selkeästi rajattuja, standardoituja ja suhteellisen muuttumattomia. Tällaisia ovat yleensä muun muassa jätepalvelut. Ongelmia syntyy heti, kun toiminta monimutkaistuu tai palvelujen käyttäjät ovat tarpeiltaan erilaisia. Tanskalainen vertailututkimus yli 200 kunnallisesta yksiköstä ja niiden lähes sadasta yksityisestä tuotajasta kymmeneltä vuodelta osoitti hammashuollon alueella, ettei kustannusvaikuttavuudessa ja hoidon vaikuttavuudessa ollut eroja. Tutkijat päätyivät siihen, että omistajuuden ja tehokkuuden välinen yhteys on enemmän tarina, jota kerrotaan, kuin tosiasia, joka halutaan tunnustaa. Jos näin on, niin miksi ihmeessä toimijoita tu-

lisi kilpailuttaa? Eikö olennaisempaa olisi vain organisoida palvelut paremmin ja johtaa niitä tehokkaammin?

## Julkisen ja yksityisen terveydenhoidon vaikuttavuus

Tämä alue on merkittävä luotaessa väriä kuvitelmia ja oletuksia julkisen ja yksityisen terveydenhoidon eroista. Kansalaisten odottaessa nopeaa hoitoa eli esimerkiksi lääkitystä, tarjoavat julkiset terveysjärjestelmät usein alkuun esimerkiksi elämäntapamuutosta ratkaisuksi. Kuva ei ole ammattilaisten suhteen näin mustavalkoinen, koska itsehoitoa tarjotaan varmasti myös yksityisellä. Yleinen oletus silti on, että yksityiset tarjoavat enemmän toimenpiteitä kuin itsehoitoa saadakseen laskuttaa. Tämä on jälleen yksi kuvitelma, jota on helppo levittää sillä oletuksella, että jokaisen yksityislääkärin perustarkoitus olisi enemmän laskuttaa kuin hoitaa vaikuttavasti, tai jopa vaiheistaa hoito useaan kertaan, jotta voi myös laskuttaa useaan kertaan. Yleisesti on tiedossa, että tätä on tapahtunut, mutta yhtä lailla voimme kysyä, miten julkisen hammashuollon lääkäreitä palkitaan toimenpidepalkkioilla siitä, että he paikkaavat potilaiden hampaita – jos vaihtoehtona olisi myös itsehoito. Pulma aiheutuu siitä, että itsehoidon korostaminen luo mielikuvan erityisesti tehottomasta julkisesta perusterveydenhuollosta, jota vahvistetaan erilaisilla tarinoilla muun muassa julkisen terveydenhuollon hoitajajonoista. Yksityinen terveydenhuolto voi huoletta mainostaa ja nostaa imagoaan, mutta valveutuneet julkisen sektorin johtajat tietävät, ettei samaa voi tehdä julkisella puolella. Mainonta madalltaa entisestään hoitoon hakeutumisen kynnystä: kun luo tarjontaa, saa kysyntää. Yksityisen terveydenhoidon osalta myös monimutkaisimmat ja vaikeimmat tapaukset sivuutetaan, koska yliopistosairaalat hoitavat ne. Jos ammattilaiset siirtyvät yksityiselle, on täysin mahdollista, että tietyt hoidot loppuvat täysin, koska julkisella

niitä saatettiin tehdä riskittömämmin usean kollegan tuella, mutta yksityisellä niitä ei edes tarjota niihin liittyvien riskien vuoksi (vrt. glaukoomapotilaat). Lopulta julkisen terveydenhoidon ongelmaksi tulee myös se, että kansalainen voi valita silloinkin, kun niin ei saisi olla. Kansalainen saattaa käydä eri lääkäreillä niin kauan, että joku kirjoittaa elintapamuutosten sijasta kolesterolilääkityksen, ja näin kustannuskierre alkaa.

Palvelujen tuottamisessa ilmenevät erilaiset ja osin kilpailevatkin ratkaisut johtuvat siitä, että julkiseen ja yksityiseen yhdistetään alkeellisella tasolla toimivuus ja toimimattomuus, omistaminen, omistamattomuus, varallisuus ja jopa köyhyys poliittisena lyömäaseena.

## (L)opetus: kansalainen ja terveystalouden tuottamisen haasteet

Japani ja Yhdysvallat ovat erityisen hyviä esimerkkejä vertailutiedon väärinkäytöstä. OECD:n tilastoja ”väärin tulkiten” Japani näytti aina 1990-luvun alussa parhaimmalta terveysjärjestelmältä maailmassa. Todellisuudessa tilastosija oli seurausta väestön terveistä elämäntavoista, järjestelmän ollessa vähintäänkin sekava. Muun muassa länsimaisten ruokailutottumusten invaasion vuoksi länsimaalaisille tyypilliset sairaudet lisääntyvät parhaillaan Japanissa. Yhdessä maailman nopeimmin vanhenevan väestön myötä tämä aiheuttaa mittamattoman haasteen koko kansantaloudelle.

Yhdysvalloissa kulttuuria ja terveystalouden toimintaa ohjaa kilpailullisuus kyseenalaistamattomana perusarvona. Olettaisi, että jos Yhdysvallat käyttää BKT:stä puolet Suomea enemmän kilpailuttamalla terveydenhuoltoon, se toimisi myös organisatorisesti tehokkaammin. Tämä päätelmä on houkutteleva ja poliittisesti tehokas lyömäase, mutta aiheuttaa valitettavasti virheellisiä syy-seuraussuhteita muun muassa kilpailuttamisen itseisarvosta. Ensik-



si Yhdysvalloissa on yksiköitä, jotka ovat äärimmäisen tehokkaita, mutta emme voi kiistattomasti osoittaa, että ne ovat sitä kilpailuttamisen seurauksena. Esimerkiksi osa Yhdysvaltojen yliopistoista on todella tehokkaita, vaikka niitä on johdettu huonosti tehokkaan johtamisen näkökulmasta. Toiseksi yleiset tilastolliset kuvaukset luovat keskivertokuvausta, jonka käyttö argumenttina erilaisten poliittisten reformien uudistuksessa on tyyppillistä. Oikeusfilosofit ovat jo aikaa siten todenneet, ettei siitä, miten asiat ovat, voi johtaa sitä, miten niiden pitäisi olla. Poliitiikan tutkijat ovat tuoneet esille saman ongelman hieman toisin: olemassa olevien perusoletusten ja tiedon tuottamisen taustaoletuksien välistä yhteyttä ei tarkastella riittävästi. Houkutus korjata arvotodellisuutta ohjeistuksilla on silti suuri, koska Suomen kuntien on tehtävä jotain talousahdingossa. Tällöin tilastot katsotaan usein luetettavaksi tiedon lähteeksi suuntaviivoja tehtäessä. Tässä on osin hyvin tunnettu johtamisen ongelma, joka kumpuaa pelosta ”et voi johtaa mitään, jos et voi mitata sitä” tai ”sitä mitä mittaa, niin sitä myös saat”.

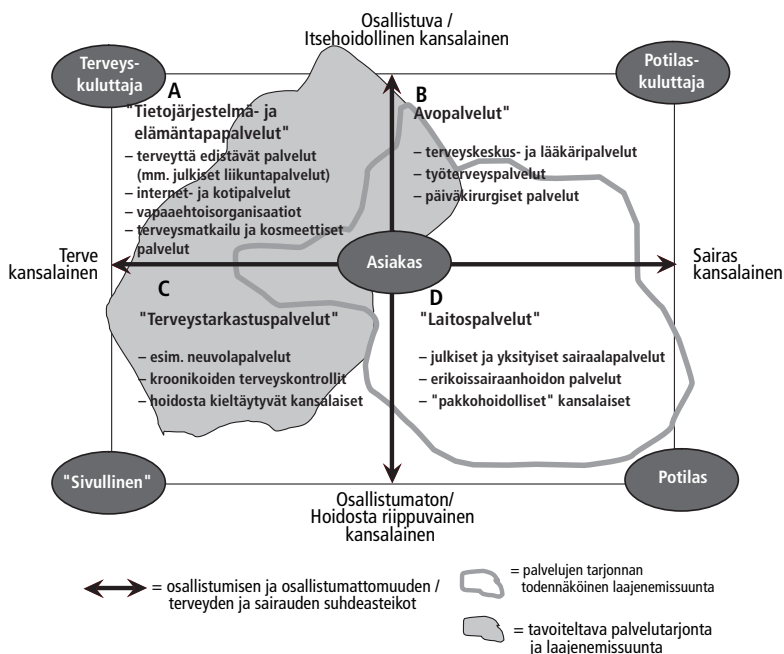
Terveydenhuollossa esimerkiksi hoidon vaikuttavuuden ja teknisen tehokkuuden vertailu ei ole suinkaan mahdotonta, mutta ongelmaksi muodostuu se, ettei tuotetun tiedon täytäntöönpano onnistu vertailututkimusten erilaisuuden vuoksi. Käytännössä arkipäivän keskusteluissa eri järjestelmä- ja organisaatiotasot sekoitetaan keskenään jopa siinä määrin, että esimerkiksi julkisen palvelujärjestelmän toimivuudella perustellaan sitä, että yksityiset terveydenhuollon organisaatiot eivät ole tehokkaita.

Tieto on usein ristiriitaista. Tutkimustuloksemme (Vuori 2008) osoittaa, että 40 % viiden yliopistokaupungin kansalaisista pitää lehdistön luomaa kielteistä kuvaa julkisista palveluista oikeana. Mutta samalla lähes 80 % kokee saaneensa ensikäynnillä avun vavoihinsa. Niin ikään monet ovat kivuliaassa jatkuneessa selkäkivussa valmiita itse maksamaan 20–100 euroa jopa enemmän julkiselle (89,7 %) kuin yksityiselle (87,7 %) lääkärille. Tätä tietoa voidaan tarkoitushakuisesti tulkita taas mediassa niin, että maksuhalukkuus

yksityiselle on suurempaa, jos tarkastellaan vain 100 euroa maksavia. Mutta yhtä lailla voidaan todeta, että maksuhalukkuus on ylipäänsä suurempaa julkiselle puolelle, koska kansalaiset haluavat verojen ja asiakasmaksujenkin jälkeenkin maksaa pääsystä julkiseen terveydenhuoltoon. Tämä luonnollisesti kertoo enemmän kansalaisten preferensseistä eli mieltymyksistä kuin järkiperaisesta palvelukäyttytymisestä. Kun tiedämme, että myös sairaanhoitopiireissä johtajien keskeisiä päätöksentekoon vaikuttavia tiedonlähteitä ovat oma kokemus ja eri ammattilehdistä saatu tieto ja kuntien ulkoistamispäätöksissä vaikuttaa muiden kuntien matkiminen, ollaan tietysti tieteellisesti vaikeasti arvioitavissa olevassa kentässä.

Kuviolla 1 (s. 210) voimmekin tiivistää edellä käydyn keskustelun teoreettiseksi malliksi palvelujen järjestämisen monimuotoisista haasteista kansalaisten terveydellisten valintojen ja ei-valintojen maailmassa. Kuviio mallintaa kansalaista erilaisissa rooleissa osallistumisensa ja terveys-sairausulottuvuuksien ehdoilla. Kuviota tulee lukea siten, että kansalaista lähestytään palvelujen tarjoajan näkökulmasta ensin asiakkaana. Ensimmäinen kontakti määrää muut mahdolliset roolit. Asiakkuus voi vaihtua terveys- tai potilaskuluttajan, potilaan tai sivullisen rooleihin. Jos terveysjärjestelmä ei tunnista esimerkiksi erakoita asiakkaiksi, he jäävät käytännössä sivullisen rooliin palvelujärjestelmän suhteen huolimatta siitä, että he mahdollisesti tarvitsisivat jopa potilaspalveluja (vrt. haja-asutusseutujen palvelutarjonnan kapasiteetti). Kansalainen voi siis valita tietoisesti asiakkuuden sijasta sivullisen roolin. Nämä kansalaiset kieltäytyvät järjestelmällisesti kaikista terveyspalveluista, vaikka he tarvitsisivatkin niitä (vrt. iäkkäiden vanhusten, ns. tervaskantojen, järjestelmävastaisuus).

Useat todelliset haasteet rakentuvat luokassa A, johon tulisi kyetä kohdentamaan resursseja ja aktivoimaan kansalaisten vapaaehtoistoimintaa ja jopa ohjaamaan kansalaisia luokasta D. Luokassa A ovat ns. terveyskuluttajat, joille omasta terveydestä huolehtiminen on tärkeä arvo – mitä terveempi ja osallistuvampi kansalainen, sitä



Kuvio 1. Palvelut kansalaisten hyvinvoinnin ja valinnan ulottuvuuksien yhtymäkohdissa

todennäköisemmin. Lähes kaikki terveyspalvelut, erityisesti sairaalat, sijoittuvat luokkaan D. Tässä luokassa riippuvaisinta ja sairainta kansalaista edustaa esimerkiksi ”pakkohoidossa” oleva potilas. Tiheää palveluverkkoa tulisi hajottaa siten, että se leviäisi edes luokkiin B ja C. Luokassa B ovat myös kasvavat terveystarkastukset, sillä terveiden kansalaisten siirtyessä mielessään terveys-sairaus-akselilla kohti ”sairautta”, syntyy uusia tarpeita myös aktiiveille, terveille kansalaisille (vrt. kosmeettinen kirurgia). Tällä hetkellä sairaaloiden hoitoja siirretään jo luokkaan B muun muassa uuden teknologian avulla (vrt. päiväkirurgiset toimenpiteet, avohoidon potilaat). Yksityiset terveysvakuutusten tuottamat palvelut lisääntyvät myös tässä luokassa. Nyt tarvittaisiin luokassa D radikaaleja muutoksia

niin, että tyhjillään olevat sairaalarakennukset puretaan ja toiminta muunnetaan luokassa A tapahtuvaksi esimerkiksi kuntien organisoimana terveysliikuntana. Näin vapautuvat henkilöstöresurssit helpottaisivat jatkuvaa rekrytointiongelmia. Mikäli luokassa ei kyetä tekemään tarvittavia toimenpiteitä, siirtyy osa kroonisista sairauksista (mm. diabetes) vähintään luokkaan C, jossa kansalaiset käyvät eri palveluntuottajilla kontrolloimassa terveydentilaansa tai heitä käytetään palveluissa (esim. kouluterveydenhoito).

Nykyisen kehityksen valossa luokassa D sijaitsevat yksityissairaalat tulevat laajenemaan jopa luokkaan A, jossa vauraat tekevät itselleen erilaisia lääketieteellisiä testejä muun muassa terveysmatkailun muodossa. Kansalaisille tämä ei ole ongelma, jos he haluvat maksaa palvelut täysin itse. Niukkenevien henkilöstöressurssien osalta on silti riski, että osajia ei riitä enää vaativien potilaiden hoitoon ylipestosairaalassa. Niin ikään asiakaskuntaa etsitään luokassa C myös, koska esimerkiksi kroonikot tarjoavat suhteellisen varman kassavirran. Todellisuudessa niukkojen resurssien tulisi sijaita luokissa B ja D, koska hoidosta riippuvaisten määrää voidaan vähentää tulevaisuudessa merkittävästi luokassa C ohjaamalla heitä seuraamaan muun muassa tietojärjestelmien avulla omaa terveydentilaansa.

Eurooppalainen kehitys viittaa siihen, että kansalaisten aktiivista roolia hoitoja koskevassa päätöksenteossa halutaan lisätä. Käytännössä se voi tarkoittaa sitä, että potilaasta tulee oikeuksiaan vaativa kuluttaja luokassa D eli sairaalahoidossa ja luokassa B eli lääkäripalveluissa muun muassa yksityisten vakuutusten turvin. Luokka C ei välttämättä tule kyseeseen, koska kroonikot eivät voi saada vakuutuksia. Näin ollen yksityiset terveyspalvelut lisääntyvät luokissa B ja D, mikä tarkoittaa resurssien vähäisempää tarjontaa luokissa A ja C.

Jos näin todella tapahtuu, tulevaisuudessa luokassa A tarvitaan entistä enemmän vapaaehtoistoimintaa, jotta julkisten sairaalapalvelujen käyttäjät eivät siirtyisi vakuutuksiin yksityisiin terveyden-

huolto-organisaatioihin. Niin ikään nyt tulisi merkittävästi luoda palveluratkaisuja, joissa kansalaiset välttäisivät viimeiseen asti ha-  
keutumista luokan D sairaalapalveluihin. Ongelmana on tällä het-  
kellä se, että monet terveystaloudelliset ohjelmat korostavat toimintaa  
luokassa A, mutta toiminta lisääntyy edelleen luokassa D. Yhtenä  
varteenotettava tutkimuslinjana voisi olla sen analysointi, missä  
määrin kansalaisten osallistuminen lisää ns. suoraa demokratiaa,  
jolloin myös terveystaloudellisuuden luodaan aitoja kannusteita kun-  
nissa nykyisten ns. hoitoa nopeuttavien ratkaisujen sijasta. Suoras-  
sa demokratiassa vastuuta ei enää voitaisikaan siirtää palvelujen  
tarjonnasta poliittisille päättäjille, joten mahdollinen muutos kohti  
terveyttä edistäviä rakenteita voisi tulla aidoksi mahdollisuudeksi.

Todelliset muutokset edellyttävät, että resursseja siirretään  
luokasta D luokkaan A eli hyväksytään myös muut kuin terveyden-  
huollon ammattilaiset terveyden edistäjinä. Erityisesti esimerkiksi  
mielenterveysongelmat tulisi kyetä ratkaisemaan ennen kuin kan-  
salaiset ajautuvat luokkaan D. Varsin nopeasti käy selväksi se, että  
julkisesti, yksityisesti tai muulla tavoin tuotettu terveyspalvelu on  
toissijainen kysymys siihen asti kunnes kansalaisia kyetään nykyistä  
tarkemmin arvioimaan hoidon riippuvaisuuden ja osallistuvuuden  
osalta. Tämä tarkoittaa myös sitä, että kriittisesti uskalletaan ky-  
syä, onko sairaiden määrä kasvanut vain siksi, että ihmisen terveek-  
si määrittelevien instituutioiden määrä on jäänyt ihmisen sairaak-  
si määrittelevien instituutioiden varjoon. Jos esimerkiksi lääkärit ja  
hoitajat hahmottavat kansalaisen asiakkuuden aina potilaslähtöi-  
sesti, tulee medikalisaatio lisääntymään ja D:n toimiala leviää mui-  
hin luokkiin vähitellen. Jos taas lääkärit esimerkiksi aidosti pyrkivät  
siirtämään kansalaisille vastuuta oman terveytensä seuraamisesta  
ennen esimerkiksi lääkityksen alkamista, luomme pohjaa aidosti it-  
sehoidollisille ja internetpohjaisille palveluratkaisuille.

Parhaimmillaan terveyden edistämisen hankkeet (vrt. Pohjois-  
Karjala-projekti) luokassa A ja osin B innovoidaan uudelleen siten,  
että kansalaiset omaksuvat nykyistä terveellisemmän elämäntavan.

Tällöin myös kysyntä laskee luokissa D ja B siinä määrin, että tiettyjen sairauksien hoito voidaan keskittää valtakunnallisesti osaamiskeskuksiin. Tällöin myös niin hoitajien kuin lääkäreiden työn houkuttelevuus luokassa D paranee.

Vaikeimpia päätöksiä tulee olemaan silti se, että osa hoidosta on ostettava mahdollisesti jopa ulkomaisista osaamisyksiköistä. ”Kipupiste” aiheutuu siitä, että tiettyjen hoitojen tarjoaminen suomalaisella väestöpohjalla ei ole mielekästä ja nämä resurssit on allokoitava varsinaisille osaamisyksiköille (vrt. sairaanhoitopiirien määrä jne.). Tämä merkitsee tiettyjen erikoisalojen osaamisvajeen kehittämismahdollisuuksien vaikeuden tunnustamista. Kipupiste tulee myös siitä, että resursseja on samalla mietittävä kriittisesti erikoissairaanhoidon tasoisesti. Meillä on edelleen alueita, joita ei tulisi olla lainkaan erikoissairaanhoidossa (esim. hengityshalvauspotilaiden hoito). Erikoissairaanhoidoa ei saisi rangaista näiden resurssien poistamisesta, vaan ainoastaan kohdennettava ne nykyistä tehokkaammin myös tutkimusta ja opetusta silmällä pitäen.

Kaikkien erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaminen ei ehkä ole myös mahdollista, koska jo nyt parhaimmat osaajat siirtyvät ulkomaille sinne, missä voivat kehittyä ammatissaan tekemällä jatkuvasti sitä työtä, mihin he ovat kouluttautuneet (vrt. esim. potilasmäärän vähäisyys vs. kirurgien työinto). Yksi vaihtoehto on tietysti osakeyhtiöittää julkiset sairaalat siten, että ne voivat osin tuottaa maksullisena palvelutoimintana palveluja esimerkiksi maksuhalukaille venäläisille. Tällöin on silti pidettävä huoli siitä, että oman väestömme terveyspalveluihin kyetään vastamaan yhtä tehokkaasti ja etteivät resurssit siirry piilevästi vähitellen maksukykyisten palvelamiseen (vrt. USA:n vakuutusjärjestelmän ongelmat).

Toisin sanoen merkittävä parannus luokassa A merkitsee keskeisten terveydenhuollon professioiden väistämätöntä muutosta hoitavasta orientaatiosta preventiiviseen otteeseen. On hyvin todennäköistä, etteivät professiot muuta tässä itseään riittävän nopeasti, vaan kansalaisten osallistumisella on merkittävästi joudutetta-

va muutosta tässä suhteessa voidaksemme selvittää mittavista, muun muassa ikääntymisen mukanaan tuomista haasteista.

## Kirjallisuus

- Allin S, Mossialos E, McKee M & Holland W (2004) Making decisions on public health: a review of eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Hasselhorn, Hans-Martin & Tackenberg, Peter & Müller, Bernd Hans (eds.) (2003) Working conditions and intent to leave profession among Nursing staff in Europe. University of Wuppertal, European Commission.
- Hofstede G & Fink G (2007) Culture: organisations, personalities and nations. *European J. International Management*, Vol. 1, Nos. 1/2.
- Houston DJ (2006) "Walking the Walk" of Public Service Motivation: Public Employees and Charitable Gifts of Time, Blood, and Money. *JPART* 16 (1):67–86.
- Ksenofon (1960) Sokrates. Suomentanut Pentti Saarikoski. Helsinki: Otava.
- Olsen JP & Peters GS (1996) Lessons from experience: Experiential Learning In Administrative Reforms in Eight Democracies. Oslo: Scandinavian University Press.
- Rainey HG & Chun YH (2007) Public and Private Management Compared. In E. Ferlie, L.E. Lynn, Jr & C. Pollitt (eds.) *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press, 72–102.
- Vuori J (2001) Julkisen ja yksityisen sektorin organisaatio- ja johtamisvertailut. Teoksessa A. Salminen (toim.) *Hallintovertailun metodologia*. Tutkimuksia 234, hallintotiede 26. Vaasan yliopiston julkaisuja, 107–129.
- Vuori J (toim.) (2008) *Terveydenpalvelujen valinta ja organisointi*. Kuopio University Press (painossa).

*Meri Koivusalo, Eeva Ollila ja Jonathan Tritter*

## KANSALAISET, ASIAKKUUS JA EUROOPAN UNIONIN VAIKUTUKSET TERVEYDENHUOLTOON

Kansalaisten, asiakkaiden, kuluttajien, käyttäjien ja potilaiden oikeudet terveyspalveluiden käyttäjinä ja kuluttajina ovat nousseet terveyspolitiikan asialistalle useissa Euroopan maissa. Euroopan unionin jäsenmaiden välillä on merkittäviä eroja siinä, missä määrin ja millä tavoin kansalaisten perusoikeudet tunnustetaan ja tunnustetaan terveydenhuollossa. Suomessa perusoikeudet määrittävät oikeudet palveluiden saatavuuteen, kun taas potilaslaki ja yksityisissä palveluissa kuluttajan asemaan liittyvät säädökset painottuvat enemmän palveluiden laatuun ja sisältöön. Yksi keskeinen asiayhteys keskustelulle on ollut kansalaisten perusoikeudet ja niihin liittyvät muutokset sekä Euroopan neuvoston yhteydessä tehty sosiaalisiin oikeuksiin liittyvä työ.

Suomessa asiakkuuden painotus ja asiakaslähtöisyys on tullut esille osana hyvinvointipalveluiden muutosta ja uudistusta. Tämä on liittynyt osin uuden julkisjohtamisen omaksumiseen sekä kuntien itsemääräämisoikeuksien lisäämiseen. Siinä voidaan nähdä myös ideologisia piirteitä ”hyvinvointivaltiota” ja sen holhoavuutta vastaan ja pyrkimyksenä kohti hyvinvointipalveluiden markkinointa. Tämä puhe ja siihen liittyvät lähtöoletukset, väistämätön jako julkisten hyvinvointipalveluiden (paternalismi) sekä markkinaehtoisten palveluiden (itsemääräämisoikeus) välillä sekä näihin liittyvät positiiviset ja negatiiviset arvolataukset tulevat hyvin esille Antti Hautamäen aiheeseen liittyvässä tekstissä (1997):



”Olemme nyt julkisten hyvinvointipalveluiden suhteen valintatilanteessa. Joko pidämme kiinni paternalismista ja holhouksesta tai kunnioitamme ihmisten yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Paternalismi tekee ihmisistä avuttomia ja johtaa ennemmin tai myöhemmin julkisten palveluiden rapautumiseen: palvelut vastaavat yhä huonommin asiakkaiden tarpeita. Voimme myös valita kuluttajan suvereenisuutta laajentavan tien. Mutta pelkkä vapauksien lisääminen jättää heikot heitteille. Siksi tällä tiellä on edettävä kahdella rintamalla. On lisättävä palveluiden asiakaskeskeisyyttä ja valinnaisuutta ja samalla voimistettava ihmisten toimintavalmiuksia.”

Tutkimuksemme kohdentui kansalaisten, terveyspalveluiden ja markkinoiden osalta etenkin kahteen elementtiin, toisaalta siihen, miten osallistuminen ja siihen liittyvät toimet on otettu osaksi terveyspalveluiden toimintaa ja suunnittelua sekä toisaalta siihen, miten asiakkuuteen, kuluttajan vapauksiin ja valintaan liittyvät painotukset ovat liittyneet markkinalähtöisempään puheeseen sekä julkisjohtamisen uudistamiseen.

Tutkimuksessamme kävimme läpi asiakirjamateriaalia, mukaan lukien kansalaisten, kuluttajien ja käyttäjien osallistumista terveydenhuoltoon koskevia politiikka- ja strategiapapereita sekä lainsäädäntöä perusteluineen. Haastattelimme myös lähes 50 asiantuntijaa ja vaikuttajaa eri tahoilta, kattaen julkishallinnon, etujärjestöjen ja kansalaisjärjestöjen edustajia Suomessa, Englannissa, Ruotsissa ja sekä Euroopan unionin politiikan osalta Brysselissä.

## Osallistuminen, asiakkuus ja terveydenhuollon reformit

Julkisten terveyspalveluiden käyttäjien osallistumisen oikeutus ja määritelmät liittyvät käytäntöihin ja kehitykseen, jonka toisessa päässä ovat osallistumisen demokraattiset ja toisessa päässä kuluttajalähtöiset painotukset (Croft & Beresford 1989; Croft & Beresford 1992; Feldberg & Vipond 1999). Näissä ero tehdään yleensä kansalaisuuteen liittyvien perusoikeuksien sekä markkinasuuntautuneen yksilön valinnan mahdollisuuksien painotuksen välillä. Vaikka erilaiset tavat määrittää osallistumista rajautuvat lähtökohtien pohjalta, on mukana yleensä vahva painotus siitä, että terveyspalveluiden tuottajien on oltava vastuullisia/tilivelvollisia asukkaille ja kansalaisille, koska nämä ovat palveluiden käyttäjiä, veronmaksajia ja äänestäjiä. Nämä kolme vastuullisuuden/tilivelvollisuuden elementtiä ovat olleet keskeisiä myös esimerkiksi Englannin politiikassa ja niitä usein myös käytetään vaihtoehtoisina ja rinnakkain. Suomessa terveydenhuollon vastuullisuus/tilivelvollisuus ja osallistuminen nähdään haastattelujen ja asiakirjojen mukaan ensisijaisesti joko osana kunnallista demokratiaa ja toimintamalleja tai osana markkinälähtöistä kuluttajan valintaa ja valinnan mahdollisuutta.

Terveydenhuollon reformilla voidaan periaatteessa tarkoittaa mitä tahansa uudistusta. Käytännössä 1980–1990-luvuilla terveydenhuollon reformeilla on kansainvälisessä kirjallisuudessa tarkoitettu toimia, joissa keskeiset elementit ovat olleet palvelun tilaajan ja tuottajan eriyttäminen sekä markkinamekanismien käyttö julkisissa palveluissa (esim. Koivusalo & Ollila 1997). Euroopan unionin puitteissa uudistusten tai reformien sijaan puhutaan modernisatiosta. Uuteen julkisjohtamiseen ja siitä nouseviin uudistuksiin on liittynyt vahvasti palvelujen tuottajien ja rahoittajien eriyttäminen sekä markkinavetoisten keinojen käyttö julkisissa palveluissa soveltaen keskeistä uuden julkisjohtamisen periaatetta, jossa valtion tulee ”ohjata”, mutta ei välttämättä ”soutaa venettä” (steering not

rowing) (Osborne & Gaebler 1992). Terveydenhuollossa ja usein laajemmin julkisella sektorilla tehdyt uudistukset ovat sisältäneet etenkin Suomessa vahvasti uuden julkisjohtamisen painotuksia. Näistä yksi on asiakaspainotus, johon luetaan myös asiakkaan valinnan ja kuluttaja-aseman vahvistaminen.

Suomessa lainsäädännölliset muutokset tehtiin terveydenhuollon reformeissa ennen talouskriisiä ja lamaa, mutta näitä lähdettiin toteuttamaan vasta laman alettua. Tällä hetkellä käynnissä olevat kuntien ja kunnallisten palveluiden rakennemuutokset, jotka käytännössä soveltavat aiempaa laajemmin tilaaja-tuottajamallia myös terveydenhuollon palveluissa, vievät terveyspalveluita yhä pidemmälle uuden julkisjohtamisen periaatteiden suuntaan.

Terveydenhuollon uudistusten tavoitteena on usein ollut vähentää kustannuksia, mutta Ruotsissa niiden tavoitteena on pidetty myös poliittisen hallinnan lisäämistä ja terveydenhuollon ammattilaisten ja etenkin lääkäreiden vallan rajoittamista (Harrison & Calltorp 2000; Anell 1996; Lindgren & Roos 1985). Suomessa uudistukset eivät ole tätä kautta pyrkineet vaikuttamaan yhtä selkeästi lääkärinkunnan asemaan ja voidaan väittää, että toistaiseksi uudistukset ovat tuoneet pikemminkin uusia mahdollisuuksia lääkäreille (esim. yhtiöittäminen ja vuokralääkärit). Suomessa ja Ruotsissa ammatilliset toimijat ovat olleet myös Englantia suopeampia markkinavetoisille terveydenhuollon uudistuksille.

Markkinavetoisten uudistusten ja mallien käyttöönotolle eri maissa voidaan nähdä sekä yhteisiä elementtejä että maiden historialliseen ja institutionaaliseen rakenteeseen liittyviä painotuksia. Julkishallinnon uudistaminen ja tilaaja-tuottajamallin käyttö ovat yhteisiä kaikkien kolmen maan muutoksille. Englannissa ei valinnanvapautta ole vielä ulotettu kaikkiin palveluihin tai esimerkiksi perusterveydenhuoltoon, vaan se on toistaiseksi jäänyt mahdollisuuteen valita sairaala annetuista vaihtoehdoista. Ruotsissa valinnanvapaus on periaatteessa laaja, mutta käytännössä harvat lääkärit ja potilaat ovat tiedostaneet mahdollisuuden suurkaupun-

kialueiden tai projekti-hankkeiden ulkopuolella (Winblad-Spångberg 2003). Suomessa valinnanvapaus on periaatteessa rajoitettu, mutta sairausvakuutuksen ja työterveydenhuoltopalveluiden kautta tuetaan yksityisen sektorien palveluiden käyttöä. Työterveydenhuoltopalveluita tarjoavaa tahoa yksittäinen työntekijä ja näiden palveluiden käyttäjä ei yleensä voi kuitenkaan valita. Englannissa ja Ruotsissa yksityisrahoitteisten sairaaloiden ja palveluiden rooli on ollut toistaiseksi suhteellisesti pienempi kuin Suomessa, jossa julkinen sektori osallistuu myös yksityisen sektorin rahoitukseen sairausvakuutuksesta käyttäjille sekä työterveyspalveluista työnantajille annettavien korvausten kautta.

Maiden palvelujärjestelmien rakenne ja organisaatio ovat muokanneet uudistusten kokonaisuutta. Englannissa kansallinen palvelujärjestelmä on ollut keskusjohtoista, kun taas Ruotsissa ja Suomessa osana ja osin uudistuksiin liittyen kunnallisille palvelutuottajille ja organisaatioille on hallinnon hajauttamisen ja alueellistamisen kautta annettu merkittävämpi rooli palveluiden tarjonnassa ja organisaatiossa. Englannissa uudistukset ovat pyrkineet lisäämään paikallistasoisia ja sairaalakohtaisia vapauksia sekä käyttäjien ja asiakkaiden roolia. Suomessa ja osin myös Ruotsissa osa asiakkaan asemaan ja velvoitteisiin liittyvästä keskustelusta painottuu myös kuntien ja alueellisten yksiköiden asemaan ostajina ja palveluiden rahoittajina. Suomeen ja etenkin Ruotsiin verrattuna Englannissa palvelutuotanto on ollut varsin pitkälle ohjeistettua. Toisaalta Suomessa on nähtävissä myös paluuta säätelyn suuntaan, esimerkiksi hoitotakuun osalta.

Terveydenhuollon uudistukset ovat osa laajempaa yhteiskuntapolitiikkaa, jossa uudistusten etenemisen suurimmat puoltajat eivät välttämättä ole terveysministeriössä. Englannissa viimeaikaiset terveydenhuollon uudistukset ovat olleet ensisijaisesti terveyspolitiikan painotuksia, joskin näitä on ajettu vahvasti myös keskuksellisen ja pääministerin kanslian kautta. Ne eivät ole niinkään heijastuneet esimerkiksi valtionvarainministeriön tai kauppa- ja

teollisuusministeriön asialistalla tai aloitteina. Lähtökohtana on ollut usko ja luottamus siihen, että esimerkiksi valinnanmahdollisuutta voidaan käyttää mekanismina parantamaan julkisten palveluiden laatua ja tehokkuutta (ks. esim. Le Grand 2003). Ruotsissa uudistuspolitiikka voidaan nähdä osana laajempaa yhteiskunnallista uudistamista sekä peruspalveluiden ja julkisten palveluhankintojen muutosta. Terveydenhuoltoon liittyvien erityisten elementtien lisäksi markkinalähtöisiin julkisen sektorin uudistuksiin oli erityistä kiinnostusta valtionvarainministeriössä (Blomqvist 2004). Vaikka Suomessa kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi oli pitkälti terveydenhuollon sisäinen projekti, varsinaisissa terveydenhuollon rakennemuutoksissa kyse on ollut enemmän julkisen hallinnon uudistuksesta ja paineista, jotka tulevat sosiaali- ja terveysministeriön ja terveydenhuollon keskeisten toimijoiden ulkopuolelta niin julkishallinnon uudistuksista, julkisten hankintojen edellytyksistä kuin työ- ja elinkeinoministeriön tavoitteista. Suomessa ja Ruotsissa näitä painotuksia ovat vahvistaneet hallitusten vaihtumiset, jotka ovat heijastuneet myös terveyspolitiikkaan.

Valinnanvapauksien lisäämiseen on Ruotsissa ja Englannissa liittynyt laajempaa keskustelua ja analyysia julkisen sektorin ja terveyspolitiikan tavoitteista, mutta missään maassa ei ole ollut vahvaa kansalaisten tarpeista lähtevää kampanjointia valinnanvapauksien tai markkinaehtoisuuden lisäämiseksi nimenomaisesti terveydenhuollossa. Ruotsissa 1990-luvun uudistus valinnanvapauden lisäämiseksi oli suosittu, mutta käytännössä se kattoi vain noin 5 % potilaskäynneistä ja vain 2–5 % kaikista resursseista kohdennettiin uudelleen valinnanvapautta edistäneen ohjelman vuoksi (Harrison & Calltorp 2000). Voidaankin sanoa, että terveydenhuollon reformit ja etenkin valinnan painottuminen ovat kussakin maassa olleet ensisijaisesti ja ennemmin päättäjien eliitin, elinkeinoelämän ja julkishallinnon kuin kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen tai -liikkeiden hanke. Etenkin Ruotsissa, mutta paljolti myös Suomessa ja Englan-

nissa, keskustelu ei ole koskenut rahoituksen uudistamista, vaan se on rajattu julkisrahoitteisiin palveluihin. Tämä on merkinnyt sitä, että samalla keskustelu *yksityistämisestä* on voitu välttää ja on voitu painottaa vahvemmin palvelutuotannon tehostamista markkinaehtoisuuden keinoin.

## Globaalien toimijoiden ja Euroopan unionin merkitys kansallisen politiikan muokkaajana

Kansallinen palvelujärjestelmä ei ole yksinomaisesti kansallisten tavoitteiden muokkaama, vaan uudistuksiin saadaan ideoita kansainvälisistä organisaatioista ja muista maista. OECD:n merkitys kansallisille terveyspalveluille välittyy pääasiassa kahta eri reittiä: julkishallinnon komitean ja sihteeristön (Public Management Committee and Public Management Service, PUMA) toiminnan kautta sekä terveydenhuollon projektin kautta. PUMA:n toimintatapaan kuuluu julkishallinnon uusien kehityssuuntien raportointi ja arvioiminen ja päämääriin tehokkaan hallinnon edesauttaminen, valtion roolin pohtiminen, resurssien tehokkaan käytön edesauttaminen sekä säätelyn kehittäminen (Focus 1996). OECD:n PUMA-projekti oli keskeinen julkishallinnon reformien kansainvälisen vaikutteiden vaihtamisen areenana (Lähdesmäki 2003, Temmes 2004), joka käytännössä edesauttoi uuteen julkiseen johtamiseen liittyvien ideoiden leviämistä ja toimeenpanoa. Suomessa pieni joukko valtiovarainministeriön ja sisäasiainministeriön virkamiehiä on ollut julkisjohtamisen uudistusten ydinjoukkona (Temmes 1998).

OECD:n toiminta terveydenhuollon puolella tehostui 2000-luvulla erityisen terveysprojektin myötä. Terveysprojektissa OECD-maiden terveydenhuoltoa verrattiin muun muassa palveluiden kustannuksiin, tehokkuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Terveys-

denhuoltoprojektin kansalliset toimijat ovat olleet pitkälti terveystaloustieteen ja terveydenhuollon tutkijoita. Näiden kahden OECD:n eri toimintalohkon – toisaalta julkishallinnon kehittämisen ja toisaalta terveydenhuollon projektin tuottamat suositukset – eivät ole olleet täysin samansuuntaisia. Terveyspalveluiden kannalta näistä kahdesta PUMA on ollut vaikutuksiltaan merkittävämpi. Terveyspalvelujärjestelmän kehityksen kannalta WHO:n merkitys viimeisten kymmenen vuoden aikana on ollut Suomessa OECD:tä vähäisempi.

Euroopan unionin merkitys kansallisille palvelujärjestelmille heijastuu ensisijaisesti neljän liikkuvuuden perusvapauden kautta. Tulkinnat näistä neljästä vapaudesta ovat toisaalta ohjanneet tuomioistuimen tulkintoja sekä toisaalta sisämarkkinasäädösten kehittymistä ja Euroopan unionin toimintamandaattia (Koivusalo 2006). Tämä kuitenkin ulottuu vain maiden välisiin palveluihin. Näin on ollut mahdollista, että esimerkiksi Ruotsissa kansalaisilla on ollut paremmin tietoa siitä, miten hankkia palvelu toisesta maasta kuin toisesta läänistä. Olennaista on myös se, että vaikka läheisyysperiaatteen ja Amsterdamin sopimuksen pohjalta ei katsottaisi EU:lla olevan mandaattia terveyspalveluiden suhteen, tuomioistuimen tulkinnat tehdään ensisijaisesti perusvapauksien ja sisämarkkinasäätöjen perustalta. Tässä kokonaisuudessa myös potilaiden liikkuvuudella on oma asemansa. Se on ollut merkittävä terveyspalveluihin liittyvien kysymysten nostamisessa komission agendalle ja mandaatille sekä aiheeseen liittyvän korkean tason ryhmän perustamisessa (Euroopan komissio 2004a). Samassa yhteydessä on nostettu Euroopan ministerineuvoston kanta yhteisistä arvoista: palveluiden saatavuudesta kaikille (universality), hyvälaatuisten palveluiden saatavuudesta (access to good quality care) ja tasa-arvosta ja solidaarisuudesta palveluiden saatavuudessa ja rahoituksessa (equity and solidarity) (European Council 2006). Näihin keskeisiin arvoihin ei ole kuulunut lähtökohtaisesti valinnanvapaus. Valintaa ja osallistumista käsiteltiin kuitenkin potilaiden

osallistumiseen liittyvän kannanoton yhteydessä (European Council 2006). Euroopan unionin jäsenmaiden kannalta valinnan painotusten sisällyttäminen palveluiden asialistalle ja osaksi terveyspalveluista tehtyjä esityksiä on ongelmallista ja käytännössä palvelee ensisijaisesti sisämarkkina-agendaa ja lähtökohtia.

Terveyspalvelut jätettiin tietoisesti palveludirektiivin ulkopuolelle. Tavoitteena oli, että terveyspalveluihin liittyviä kysymyksiä käsitellään omassa erillisessä direktiivissä. Uusi nimenomaan terveyspalveluihin kohdentunut direktiivi on kuitenkin nostanut lähes vastaavia kysymyksiä terveyspalveluiden säätelystä. Komission pitkälle valmistelema versio vuoti laajasti kansalaisjärjestökenttään syksyllä 2007 (European Commission 2007a). Kansalaisten liikkuvuus rajojen yli on kuitenkin edelleen suhteellisen vähäistä, ja myös komissio on arvioinut sen kattavan vain muutaman prosentin terveydenhuollon kokonaismenoista (European Commission 2006a). Kansalliseen palvelujärjestelmään laajalti vaikuttavia toimia ei siten pystytä perustelevaan niiden tarpeellisuudella tai ongelman laajuudella. Sen sijaan ongelmaksi voi nousta sellaisten asuinpaikkaan perustuvan sosiaaliturvan maiden kansalaisten asema, jotka ovat pitkäaikaisesti muussa kuin asuinpaikkaan perustuvan sosiaaliturvan maassa.

Euroopan unionin merkitys kansallisen politiikan muokkajana riippuu siitä, missä määrin palvelutuotantoa on ulkoistettu tai annettu julkisorganisaatioista erillisille organisaatioille. Suomessa ja Ruotsissa julkisiin hankintoihin liittyvät kysymykset ovat korostuneet etenkin perusterveydenhuollon palveluissa. Julkisisa hankinnoissa molemmat maat kansallisesti toteuttavat vaadittua laajempaa sektorikenttää ja sisällyttävät lainsäädäntöönsä myös terveyspalvelut. Englannissa terveyspalvelut ja kansallinen palvelujärjestelmä ovat toistaiseksi olleet keskeisiltä osiltaan julkisten hankintojen veloitteiden ulkopuolella. Komissio on toisaalta vienyt eteenpäin tuomioistuimen tulkintaa siitä, että kaikki palvelut – myös terveyspalvelut – tulisi julkisissa hankinnoissa kilpailuttaa,



mikäli markkinatoimijoilla on asiaan kiinnostusta (European Commission 2006b). Samaan tulkintaan perustuen on myös Suomessa pidetty ulkoistetun perusterveydenhuollon palvelut osana julkisten hankintojen lainsäädäntöä. Periaatteessa EU:n sisämarkkinalainsäädäntö puuttuu niihin palveluihin, jotka on asetettu markkinoille, mutta julkisissa hankinnoissa näihin on yhä useammin tulkittu kuuluvan myös ne palvelut, jotka *voidaan asettaa* markkinoille. Tämä tulkinta on tullut esille myös ns. yleishyödyllisten taloudellisten palveluiden määritelmässä, jonka mukaisesti kaikki markkinoilta hankittavat ostopalvelut ovat taloudellisia palveluita riippumatta niiden rahoituksesta tai toiminnan tavoitteista ja siten kuuluvat yleishyödyllisiin taloudellisiin palveluihin, jotka ovat sisämarkkinasäädösten alaisia (ks. Koivusalo 2005; European Commission 2004bc; 2007b). Sisämarkkinasäädösten ulkopuolelle jäävät ”ei-taloudelliset” yleishyödylliset palvelut jäävät tällöin pieneksi ylijäämäkategoriaksi, joka kattaa ne palvelut, joita markkinoilla toimivat eivät voi tai halua tuottaa. Tähän viittaavia näkökohtia oli jo esillä yleishyödyllisistä palveluista Komission antaman ns. vihreän kirjan määritelmissä (Euroopan komissio 2004b):

”Taloudellisia ja muita kuin taloudellisia palveluja voi esiintyä yhtä aikaa samalla alalla, ja joskus niitä voi tarjota jopa sama organisaatio. Lisäksi vaikka joidenkin julkisten palveluiden tarjoamiselle ei olisikaan markkinoita, yrityksille voi kuitenkin olla tarjolla tuotannon alkupään markkinoita, joilla ne voivat tehdä sopimuksia viranomaisten kanssa näiden palveluiden tarjoamiseksi. Sisämarkkina-, kilpailu- ja valtiontukisääntöjä sovelletaan tällaisiin tuotantoketjun alkupään markkinoihin.”

Yleishyödyllisten palveluiden käsittelyssä seuraava vaihe ja ns. Valkoinen kirja asiasta (2004c) ei tätä määritelmää sinänsä muuttanut, ja vuoden 2007 lopulla komission tuottamat uudet asiakirjat painottavat samankaltaista määrittelyä (European Commission 2007b).

Suomessa ja Ruotsissa julkisten hankintojen osalta käyty keskustelu ja toimet ovat heijastuneet myös kansalaisjärjestöjen tuotamiin palveluihin ja näiden kapasiteettiin tuottaa ns. täydentäviä palveluita. Ruotsissa julkisten hankintojen lainsäädännön on katsottu syrjivän kansalaisjärjestöjä ja muita ns. ei-kaupallisia palveluntuottajia, joita ei ole eritelty markkinatoimijoista. Suomessa tämä on johtanut kansalaisjärjestöjen vetäytymiseen palvelutuotannosta, mutta poliittista kampanjointia asian osalta ei ole juuri tehty. Englannissa velvoitteita ei ole toistaiseksi asetettu ja kritiikkiä on esitetty lähinnä siitä, missä määrin palveluita on annettu ulkopuolisille yrityksille tuotettaviksi ja onko näistä maksettu ylihintaa.

Euroopan komission kapea toimivalta – maiden väliset palvelut ja liikkuvuus maiden välillä – on ulotettu mahdollisimman laajalle ja yleiseksi. Kansalaisten kannalta on kuitenkin olennaisempaa se, että he tietävät oikeuksistaan, palveluista ja palveluntuottajista omassa maassaan ja lähellä asuinpaikkaansa, kuin että he tietävät näistä oikeuksista, palveluntuottajista ja palveluista EU:n *muissa* maissa. Terveystoimivallan vahvistaminen nykyisestäään saattaa kuitenkin helposti johtaa vääristävään ja maiden välistä liikkuvuutta keinotekoisesti lisäävään tilanteeseen.

Euroopan unionin rooli ja merkitys on ollut vahvimmin esillä Suomessa politiikkaa määrittävänä ulkoisena pakottavana tekijänä. Tämän johtuu osin myös niistä kansallisen politiikan tavoitteista, joiden puitteissa kansallisen politiikan muutokset nivotaan osaksi laajempaa Euroopan unionin politiikkaa. Ruotsissa on Suomen tavoin tiedostettu EU:n merkitys, mutta käytännössä kysymyksiä käsitellään vahvemmin kansallisina. Euroopan unionin lainsäädännön ja politiikan merkitys on kuitenkin sekä Suomessa että Ruotsissa Englantiin verrattuna selvästi vahvemmin kansallisella asialistalla. Englannissa Euroopan unionin merkitystä tarkastellaan – mikäli tarkastellaan – ulkopuolisena mahdollisuutena tai tuomioistuimen oikeuskäytäntöä ohjaavana teknisenä seikkana. Ajatus

siitä, että kansallinen palvelujärjestelmä jouduttaisiin taivuttamaan noudattamaan Euroopan unionin perusvapauksia, ei Englannissa nouse merkittävästi esille, vaan markkinoistuminen nähdään niin kirjoituksissa kuin haastatteluissa ensisijaisesti kansallisena tai amerikkalaisvaikutteisena projektina. Euroopan ja Euroopan unionin rooli on Englannissa perinteisesti nähty myös ennemmin tätä markkinoistamisprojektia vastakkaisina kuin näitä edistävinä toimijoina. Euroopan unionin politiikkaan on kuitenkin vähitellen reagoitu keskeisten toimijoiden osalta, ja syksyllä 2007 Englannin kansallinen palvelujärjestelmä asetti oman edunvalvojansa Brysseliin (NHS Confederation 2007).

Euroopan unioni on laajentanut potilaiden liikkuvuuden sekä terveystalvudirektiivin myötä toimintavaltaansa yhä syvemmälle terveystalvudihin. Riskinä tässä prosessissa on selvästi lainsäädäntö, jossa mailla on vastuu ja velvollisuus organisoida ja rahoittaa palvelut, mutta EU:n tasolla päätetään niiden säätelystä ja toimintaperiaatteista. Tämä tulee esiin selkeästi muun muassa aiheeseen liittyvän terveydenhuollon palveluiden avoimen koordinaation asiakirjasta ja sen lähtökohdista (Euroopan komissio 2004c):

”Terveydenhuollon ja vanhushuollon sektorin organisaatio ja rahoitusta koskevat säännöt kuuluvat jäsenvaltioiden ensisijaiseen toimivaltaan. *Jäsenvaltioiden on tätä toimivaltaa harjoittaessaan noudatettava perustamissopimuksessa määrättyjä perusvapauksia ja sääntöjä.* Avoimen koordinoitimenetelmän tuoma lisäarvo liittyykin siihen, että sen avulla voidaan kartoittaa yhteiset haasteet ja tukea jäsenvaltioiden toteuttamia uudistuspyrkimyksiä.”

Kaikkien kolmen maan osalta palvelutuotannon uudistukset ja palveluiden ulkoistaminen ovat luoneet rakenteita, jotka ovat alisteisia Euroopan unionin sisämarkkinasäädöksille sekä velvoitteille. Suomessa ja Ruotsissa tietoisuus tästä on noussut erityisesti julkisten hankintojen osalta, mutta myös potilaiden ja ammatinharjoittajien

liikkuvuus sekä markkinatoimijoiden intressit ovat luoneet uusia paineita. Terveyspalveluiden kustannukset ovat sidoksissa myös lääkkeiden ja terveydenhuollon teknologian kustannuksiin. Lääkkeet ovat Euroopan unionissa edelleenkin ensisijaisesti teollisuuspolitiikan alaisia ja uusien ja kalliimpien lääkkeiden nousu markkinoille tulee väistämättä vaikuttamaan siihen, miten velvoitteita ja oikeuksia jaetaan teollisuusvetoisen komission sekä toisaalta yhä kustannustietoisempien kansallisten toimijoiden välillä. Euroopan unionin lääkepolitiikan kannalta uudet jäsenmaat ovat tuoneet myös erilaisia painotuksia ja lisänneet kustannustietoisuutta.

Kansalaisten osallistumisen kannalta Euroopan unionin lääkepolitiikka nivoutuu myös uudentyyppeisiin ongelmiin potilasjärjestöjen roolin ja rahoituksen suhteen kansallisella ja Euroopan unionin tasolla. Kansalaisjärjestöt tulee tässä yhteydessä nähdä paitsi kansalaisten tai erityisten potilasryhmien edustajina, myös yhä useammin mekanismina vaikuttaa lääketeollisuuden uusien tuotteiden kysyntään. Komission tukema potilasjärjestöjen foorumi sai erityistä kritiikkiä teollisuuden merkittävän roolin vuoksi (HAI 2005). Tiedetään myös, että potilasjärjestöjen etujärjestönä toimiva IAPO (International Association of Patients Organisations) on yli 90 % teollisuuden rahoittama (IAPO 2007). Potilasjärjestöjen edustavuutta heikentävät merkittävä yritysrahoituksen osuus ja kannatuspohjan pienuus (Herxheimer 2003).

Yksi keskeinen ongelma liittyy potilasinformaatioon ja lääketieteellisuuden rooliin sen jakajana. Terveyspolitiikan näkökulmasta ongelmana on se, että suoramarkkinointi kuluttajille lisää kustannuksia, lisää lääkkeiden epätarkoituksenmukaisen käytön riskiä sekä saattaa heikentää potilaiden ja lääkäreiden välistä luottamusta. Kuluttajajärjestöt ovat suhtautuneet asiaan kriittisesti, mukaan lukien näiden eurooppalainen yhteistyöjärjestö (BEUC). Vaikka kuluttajajärjestöt painottavat informaation saatavuuden tärkeyttä, teollisuutta ei nähdä asianmukaiseksi lääkeinformaation jakelukanavaksi (BEUC 2007). Kuluttajajärjestöistä poiketen monet poti-

lasjärjestöt ovat kuitenkin tukeneet teollisuuden tavoitteita ja niitä saatavan informaation tärkeyttä. Tässä kansallisen tason toimijat voivat käytännössä jäädä ongelmalliseen tilanteeseen, jossa lääke-teollisuuden rahoittamat potilasjärjestöt ajavat tiettyjen lääkkeiden rahoitusta ja saatavuutta osaksi kansallisia ohjelmia Euroopan unionin tasolla, kun taas näiden ohjelmien rahoituksesta päätetään ensisijaisesti kansallisella tasolla. Kansalaisten oikeudet veronmaksajina ja yhdenmukaisuus eri sairauksia potevina kansalaisina ovat tällöin vaarassa, jos teollisuuden tavoitteet ja intressit nousevat potilasjärjestöjen myötävaikutuksella keskeisiksi rahoituskanavia määrittäviksi tekijöiksi. Potilaiden ja eri potilasryhmien, kuluttajien ja kansalaisten oikeudet ja tavoitteet eivät siten välttämättä ole keskenään yhteneviä.

## Globalisaatio ja terveydenhuollon uudistukset Suomessa

Globalisaation vaikutukset terveydenhuollon uudistuksiin Suomessa ovat heijastuneet käytännössä kolmen eri mekanismin kautta. Ensinnäkin niiden keinojen ja mekanismien kautta, joita on käytetty julkisen sektorin uudistusten edistämiseen sekä uuden julkishallinnon soveltamiseen. Tilaaja-tuottajamallin laaja soveltaminen on ollut osa tätä prosessia. Toisena keskeisenä mekanismina ovat olleet enemmän ideologiset lähtökohdat globalisaation edellyttämistä muutoksista ja keinoista globalisaation hallinnassa, joissa ovat painottuneet markkinalähtöiset tavoitteet sekä näiden soveltaminen myös terveydenhuoltoon. Kolmantena samaan suuntaan vetävänä mekanismina voidaan nähdä sovittautuminen Euroopan unionin markkinavetoisempiin lähtökohtiin lainsäädännössä ja yleisissä periaatteissa. Toistaiseksi EU:n ja globalisaation rooli on kansallisen päätöksenteon kannalta ollut enemmän palvelujärjestelmän markkinoistumista tukeva kuin sitä väistämättä edellyttävä. Pal-

veluita ei siten ole viety markkinavetoisempaan suuntaan siksi, että näin on ollut väistämätön pakko tehdä, vaan siksi että näin on myös haluttu tehdä.

Kansalaisten oikeuksien osalta Suomessa lainsäädäntöä on 1990-luvulta vahvistettu niin perusoikeuksien, potilaiden aseman kuin palveluiden saatavuuden osalta. Tähän ovat osaltaan vaikuttaneet kansainväliset ihmisoikeuksiin liittyvät sopimukset, Euroopan neuvoston rooli ja osin myös Maailman Terveysjärjestön toimet 1990-luvulla. Euroopan neuvoston vaikutus on kuitenkin viimeisten vuosien aikana jäänyt Euroopan unionia vähäisemmäksi. Vaikka ministerineuvoston päätöslauselmat yhteisistä arvoista ovat tuoneet maiden lähtökohdat selkeämmin esille, nämä eivät ole kuitenkaan muodostuneet keskeisiksi EU:n tai etenkin komission toimissa. Terveyspalveluiden tulevaisuuden kannalta ongelmana on Euroopan unionin painottuminen toisaalta vapaan liikkuvuuden oikeuteen keskeisenä lähtökohtana yhdistettynä painotukseen kansallisesta rahoitusvastuusta. Kansalaisten oikeuksien ja velvoitteiden kannalta olennaista on, missä määrin vapaan liikkuvuuden oikeuksia ja markkinavetoisia lähtökohtia on mahdollista käytännössä tasapainottaa Euroopan unionin tason vahvemmillä kansalaisten perusoikeuksilla.

Kansalaisten, potilaiden ja kuluttajien oikeuksien kannalta Englanti, Ruotsi ja Suomi ovat tulleet monessa suhteessa lähemmäksi toisiaan. Kuluttajälähtöisyys ja etenkin valinnan mahdollisuus ovat saaneet enemmän painotusta virallisessa terveystaloudessa kaikissa maissa. Kansalaisen perusoikeudet palveluiden saatavuudessa on lainsäädännössä kuitenkin toistaiseksi, ehkä yllättäenkin, vahvimmin taattu Suomessa. Tämä ei estä sitä, että yksittäisen kansalaisen kannalta tilanne voi olla parempi esimerkiksi Ruotsissa, jossa terveystalouteen on sijoitettu enemmän resursseja. Osallistumisen kannalta niin Suomessa kuin Ruotsissa luotetaan edelleen vahvasti kunnalliseen/alueelliseen demokratiaan keskeisenä kanavana. Englannissa osallistumisen painotus terveydenhuollossa ja paikall-

lishallinnosta erillisenä on – ainakin muodollisena mekanismina ja tavoitteena – selvästi Suomea ja Ruotsia pidemmällä. Suomessa palvelurakenteen eriytyessä suorasta kuntavastuusta tulisi vastavasti vahvistaa myös käyttäjien suoraa osallistumista ja käyttäjien osallisuutta myös palveluiden suunnittelussa ja organisoinnissa.

## Kansalaiset osallisiksi

Terveyspalvelujärjestelmien uudistuksia ja uusien mekanismien etsimistä voidaan pitää osana laajempia toimia julkisen sektorin toiminnan tehostamiseksi ja parantamiseksi. Toisaalta ne voidaan nähdä osana laajempaa poliittista ja ideologista muutosta julkisen sektorin hallinnassa ja organisaatiossa, joissa Englanti on edelläkävijänä ja Ruotsi ja Suomi seuraajia. Julkisen hallinnon muutoksia ja etenkin uuden julkishallinnan periaatteita on tuotu kansalliselle tasolle myös osana kansainvälisten järjestöjen – ja näistä erityisesti OECD:n – toimia. Toisaalta terveydenhuollossa 1980-luvun lopun sekä 1990-luvun alun uudistukset ja ennen kaikkea julkisen sektorin sisäisten markkinoiden ja terveydenhuollon tilaaja-tuottajamallin painotus ovat vaikuttaneet suoraan kaikkien maiden terveyspolitiikan sisältöihin ja kokonaisuuteen. Kansalaisten, potilaiden ja kuluttajien asema näiden uudistusten osana on ollut Suomessa ja Englannissa jälkijättöistä, mutta Ruotsissa se voidaan nähdä myös osana alkuperäisiä terveydenhuollon muutospaineita ja tavoitteita.

Euroopan unionin rooli ja merkitys on toistaiseksi ollut vahvempi markkinoistumisen edistäjänä kuin kansalaisten oikeuksien vahvistajana etenkin Suomessa, jossa perusoikeuksien asema on monia Euroopan unionin jäsenmaita vahvempi. Euroopan unionin retoriikassa ja toimissa kansalaisten ja palveluntuottajien vapaan liikkuvuuden mahdollisuudet ovat saaneet enemmän sijaa myös terveyspalveluissa. Kansalaisten osallistumisessa on Euroopan unionissa korostunut potilaiden ja potilasjärjestöjen osallis-

taminen ja eri viiteryhmiä, kuten palveluntuottajien, intressijärjestöjen ja yritysten, mahdollisuudet vaikuttaa päätöksentekoon. Potilaiden ja potilasjärjestöjen asema on ollut ongelmallinen etenkin lääkepolitiikassa tilanteessa, jossa keskeiset potilasjärjestöt ovat merkittävässä määrin lääketeollisuuden rahoittamia.

Terveystuotannon uudistusten ja markkinoistumisen paineiden kannalta etenkin Euroopan unionin tuomioistuimen päätökset ovat olleet keskeisiä. Tuomioistuimen päätökset luovat pohjaa direktiiviesityksille sekä myös kansallisille toimille. Toistaiseksi niin komission esityksissä kuin tuomioistuimen tulkinnoissakin on painottunut linja, jossa sisämarkkinasääntöjen ulkopuolelle jäisivät lähinnä vain sellaiset palvelut, joita ei voida markkinoistaa tai joista markkinatoimijat eivät ole kiinnostuneita. Tätä ovat tukeneet painotukset esimerkiksi yleishyödyllisten palveluiden suhteen siitä, että palvelutuotannon ulkoistaminen on valinta, jonka maat tekevät tietoisina sisämarkkinasääntöjen vaikutuksista. Maiden oma politiikka tilaaja-tuottajamallien käytöstä sekä siirtymä julkisista palveluista julkisrahoitteisiin palveluihin ja hankintoihin on siten asettanut nämä alttiimmiksi Euroopan unionin sisämarkkinasäädöksille ja tuomioistuimen tulkinnoille. Tätä ei kuitenkaan välttämättä ole tehty tietoisesti ja hyväksyen sitä, että tämä muuttaa palveluiden tuotantoon ja organisointiin liittyviä vapauksia merkittävästi.

Euroopan tuomioistuimen asemaa on edelleen vahvistanut Euroopan unionin sisäisessä kehityksessä perusvapauksien vahvempi painotus ja korostuminen Euroopan unionin tuomioistuimen toiminnan lähtökohtina. Käyttäjien oikeuksien osalta taasen Euroopan neuvoston ja perusoikeuksia painottavien kansainvälisten sopimusten merkitys on ollut Suomen lainsäädännön kehityksen osalta keskeisempää. EU:n rooli on siten toistaiseksi painottunut ensisijaisesti markkinoistumisen edesauttamisessa. Se ei kuitenkaan ole ollut kansallisista tavoitteista riippumatonta tai väistämätöntä. Olennaista on myös hahmottaa kansallisten terveystuotannon intressien luonne ja yhteiset intressit Euroopan unionissa. Pitkällä tähtäimel-



lä tulisikin selvittää mahdollisuuksia edistää eurooppalaista yhteistyötä terveyspalveluiden toimintälähtökohtien ja etenkin kansalaisten perusoikeuksien vahvistamiseksi myös Euroopan unionin toiminnassa, sillä palveluiden rahoituksen kestävyys ja tasavertainen saatavuus eivät ole vain Suomen kansallisia ongelmia.

Kansalaisten osallistumisen kannalta on olennaista myös se, miten palvelujärjestelmän muutokset ja esimerkiksi kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS)-hanke heijastuvat siihen kokonaisuuteen, jossa palvelutoimintaa tullaan harjoittamaan. Kansalaisten osallistumisen kannalta vanhat keinot eivät välttämättä riitä palvelutuotannon uudessa kokonaisuudessa, jos kunnallisen päätöksenteon suhde peruspalveluiden tuotantoon eriytyy. Tällöin tulisi tarkastella myös sitä, miten Suomessa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi Englannin kokemuksia käyttäjien osallisuuden edistämisestä palveluiden suunnittelussa, kehittämisessä ja toiminnassa. Kansalaisten kannalta osallistumisella ja asiakkuudella on eroa, eikä palveluiden kehittämisessä voida lähteä siitä, että kansalaisten osallistuminen jätettäisiin vain markkinatoimijoiden ja valinnan varaan.

Kiitokset Anna Alangolle ja Riitta-Maija Hämäläiselle, kirjan artikkelien arvioijille sekä toimittajille kommentaiteista.

## Kirjallisuus

- Anell A (1996) The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy* 1996;37:19–33.
- Arnstein SA (2002) A ladder for citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 1969;35:216–224.
- Blaauwbroek H (2002) Patient organisations and patients' rights. In Van Rooij E, Kodener L, Rijsemus T & Schrijvers G (eds.) *Health and health care in The Netherlands*. Maarssen: Elsevier gezondheidsorg, 323–337.
- BEUC (2007) Put Health First. BEUC Position on the future of medicines in Europe. European Consumers' Organisation. Brussels, Ref X/59/2007-23/10/2007.
- Blomqvist P (2004) The choice revolution of Swedish Welfare services

- in the 1990s. *Social Policy and Administration* 38:12:139–155.
- Croft S & Beresford P (1989) User involvement, citizenship and social policy. *Critical Social Policy* 9(5):5–18.
- Croft S & Beresford P (1992) The politics of participation. *Critical Social Policy* 12:20:44.
- European Commission (2006a) Commission interpretative communication on the Community law applicable to contract awards not or not fully subject to the provisions of the public procurement directives. 2006/C 179/02. 01.08.2006.
- European Commission (2006b) Health services consultation document. European Commission. Brussels.
- European Commission (2007a) Directive for the application of cross-border healthcare patient rights. European Commission, Brussels. COM(2007)yyyfinal 2007/aaaa(COD)
- European Commission (2007b) Communication from the European Commission Accompanying the communication on “a single market for 21<sup>st</sup> century Europe” Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment. Brussels 20.11.2007. COM 2007 (724 final); SEC 2007 (1514); SEC 2007 (1515); SEC 2007 (1516).
- Euroopan komissio (2004a) Potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehitysuuntauksissa Euroopan unionissa järjestetyn korkean tason prosessin jatkotoimet. Bryssel. 20.04.2004 KOM (2004)301.
- Euroopan komissio (2004b) *Vihreä Kirja yleishyödyllisistä palveluista*. Euroopan komissio. Bryssel 21.5.2003. KOM (2004) 374.
- Euroopan komissio (2004c) *Valkoinen kirja yleishyödyllisistä palveluista*. Euroopan komissio. Bryssel. 12.5.2004. KOM (2004) 374.
- Euroopan komissio (2004d) *Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaam, helposti saatavilla olevan ja kestäväen terveydenhoidon ja pitkäaikais-hoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden tukeminen avoimen koordinaatiomenetelmän avulla*. Komission tiedonanto 2004(304) lopullinen. 20.4. 2004. Bryssel.
- Feldberg G & Vipond R (1999) The virus of consumerism. In Drache D & Sullivan T (eds.) *Health reform, public success, private failure*. London: Routledge, 448–464.
- Harrison MI & Calltorp J (2000) The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* 50:219–240.
- Hautamäki, Antti (1997) Saako asiakas itse valita omat palvelunsa? Teoksessa Salmela, Tuula (toim.) *Auta-taanko asiakasta – palvelaanko potilasta?* Jyväskylä: Atena.
- Health Action International (2005) Does the European Patients’ Forum represent patient or industry interests? A case study in the need for mandatory financial disclosure. 14 July 2005. HAI, Amsterdam.
- Herxheimer A (2003) Relationship between the pharmaceutical industry and patients’ organisations. *British Medical Journal* 2003:1208–1210.
- IAPO (2007) IAPO Financial statement 2006. <<http://www.iapo.org>>
- Koivusalo Meri (2005) *Euroopan unioni ja terveyspalvelut*. Teoksessa Euroopan unionin vaikutukset kuntien hyvinvointipalveluihin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Koivusalo M & Ollila E (2007) *Making a healthy world*. Zed Books: London, 137–162
- Le Grand J (2003) *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and*

- Knaves, Pawns and Queens. Oxford: Oxford University Press.
- Lindgren B & Roos P (1985) Produktions, kostnads och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980. Report to ESO. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Lähdesmäki, Kirsi (2003) New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuuseriaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelymistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun.
- NHS (2007) Lehdistötiedote 17.09.2007. <<http://www.nhsconfed.org/issues/mediacentre-listing.cfm/press-release/655> > [18.1.2008]
- Osborne D & Gaebler T (1992) Reinventing government. New York: Addison-Wesley.
- Temmes, Markku (1998) Finland and new public management. International review of administrative sciences 64:441–456.
- Tritter J (2006) Patient centred health-care: contesting patient choice and public involvement. In Vuorenkoski L, Konttinen M, Sinkkonen M (2006) (eds.) Signaaleja. Stake-sin tulevaisuusraportti 2005. Työpapereita 8/2006. Helsinki: Stakes, 37–45.
- Tritter J & McCallum A (2006) The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. Health Policy 76:156–168.
- Winblad-Spånberg U (2003) Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementering av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. Uppsala Universitetet.

# IV

## TOIMINTAMALLEJA JA NIIDEN ARVIOINTIA



*Riittakerttu Kaltiala-Heino ja Sari Fröjd*

## NUORUUSIKÄISEN ITSEMÄÄRÄÄMINEN JA PAKOLLA AUTTAMINEN

Nuoruusikäisiä otetaan yhä enemmän tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ja sijoitetaan yhä enemmän lastensuojelulain nojalla, vaikka lainsäädännössä pyritään yhä laajemmin turvaamaan nuoren itsemääräämisoikeus ja asema itsenäisenä päätöksentekijänä. Nuoruusikäisen asema on myös ristiriitainen eri lakien valossa: toisessa laissa valintoja tekevänä kompetenttina toimijana käsitetty nuori on toisen lain valossa avuton olosuhteiden uhri. Joka tapauksessa 2000-luvun suomalaisen nuoren paras turva näyttää olevan viranomainen. Tässä artikkelissa tarkastelemme sitä, että nykyinen suomalainen lainsäädäntö ja viranomaisohjeet eivät näytä perustuvan tutkittuun tietoon nuoruusiän kehityksestä ja päätöksentekokyvystä nuoruusiän kehityksen eri vaiheissa. Artikkelin perustuu TERTTU-hankkeessa tekemiemme tutkimusten teoreettiseen aineistoon.

Sanoilla nuori, nuoret, nuoriso tai nuoruus, murrosikä, teiniikä ja nuoruusikä viitataan erilaisissa keskusteluissa toisinaan samaan asiaan – tiettyä ikä- ja kehitysvaihetta elävään henkilöön tai tuohon vaiheeseen –, toisinaan varsin erilaisiin ilmiöihin. Jo alakouluikäisiä kutsutaan nuoriksi. Toisaalta nuoruus ikäkautena pitenee myös loppupäästänsä. Uusi nuorisolaki määrittelee nuoren alle 29-vuotiaaksi. Nuoret taiteilijat ovat hyvinkin kolmissakymmenissä, nuoret viljelijät jopa lähempänä neljääkymmentä.

”Nuoriso” esiintyy usein julkisessa keskustelussa yhteiskuntajärjestystä uhkaavana voimana – se kapinoi, mellakoi ja häiriköi. ”Nuoret” edustavat toivoa paremmasta: he vievät Suomea kansainvälisille areenoille suurella menestyksellä. Nuorisotutkimus pyrkii

tuomaan esille nuorten omat kokemukset ja käsitykset asioista ja niiden syistä. Tässä tutkimusperinteessä nuorisoa ei nähdä ongelmana, mutta nuorilla voi olla ongelmia esimerkiksi ystävien, yhteiskunnan, vanhempien ja koulun kanssa.

## Nuoruusiän kehitys: riippumattomuus vs. riippuvuus, ajattelun ja moraalisen järkeilyn kehitys

Nuorisopsykiatriassa nuorilla tarkoitetaan nuoruusiän kehitysvaihetta eläviä ihmisiä. Nuoruusikä alkaa fyysisestä puberteetista ja päättyy aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen (Aalberg & Siimes 2006; Marttunen & Kaltiala-Heino 2007). Ikävuosissa tämä kehitys ajoittuu suunnilleen vuosien 12 ja 22 välille. Fyysinen puberteetti on nuoruusiän kognitiivisen, emotionaalisen ja sosiaalisen kehitysprosessin käynnistymisen edellytys, mutta nuoruusiän loppuvaiheella ei ole samanlaista selkeää fyysistä merkkiä. Kehityspsykologia ei siis tarjoa yksiselitteistä rajapyykkiä, jonka jälkeen nuorta voitaisiin pitää itsemääräämiseen täysin kykenevänä, täysivaltaisena aikuisena. Tutkimukset lasten ja nuorten päätöksentekokyvystä eivät liioin tue käsitystä tietyistä iästä, jossa kyky olisi kaikilla riittävä (Kuther 2003). Lainsäädäntömmekään ei aseta täysi-ikäisyyden rajapyykkiä poikkeuksetta 18 ikävuoteen: esimerkiksi lastensuojelulaissa jälkihuoltovelvollisuus ulottuu 21 vuoteen.

Nuoruusikä on tapana jakaa kolmeen vaiheeseen. Varhaisnuoruuden (n. 12–14 vuotta) tärkein kehitystehtävä on sopeutuminen omaan muuttuvaan ruumiiseen ja fyysisen kypsytymisen aiheuttamien sosiaalisten haasteiden selvittäminen. Keskushermoston voimakas kypsyminen mahdollistaa ajattelun korkeammalla abstraktiotasolla kuin mihin lapsi kykenee. Keskinuoruuden (n. 15–17 vuotta) keskeinen tehtävä on itsenäistyminen vanhemmista. Nuo-

ri vastustaa vanhempiensa auktoriteettiasemaa ja arvostelee näiden arvomaailmaa ja elämäntapaa. Nuoruusiän normatiivinen kapiointi pysyy sellaisissa rajoissa, että sovinto ja vanhempien huolenpidon antaminen ja vastaanottaminen ovat kriisitilanteen jälkeen aina uudelleen mahdollisia. Turvallinen suhde vanhempiin edesauttaa itsenäistymiskehitystä. Myöhäisnuoruuden (n. 18–22 vuotta) keskeinen kehitystehtävä taas on itse työstetty suhde yhteiskuntaan ja itsenäisesti työstetyt, omaa nuoren aikuisen identiteettiä tukevat arvot (Aalberg & Siimes 2006; Marttunen & Kaltiala-Heino 2007). Nuoruusiän kehitystehtäviin kuuluvaa vähittäistä emotionaalista irrottautumista vanhemmista ei voida pitää perusteena sille, että vanhemmat voisivat väistyä nuorensa elämästä ja olla vähemmän mukana nuoren elämän tärkeissä tapahtumissa ja valinnoissa.

Kompetenssi tehdä päätöksiä edellyttää kykyä vastaanottaa informaatiota, ymmärtää se, suhteuttaa se omaan tilanteeseen ja tehdä valinta, jonka voi kommunikoida ymmärrettävällä tavalla (Appelbaum & Grisso 1995; Grisso & Appelbaum 1995). Kompetenssi tehdä itseä koskevia päätöksiä lisääntyy nuoruusiässä asteittain abstraktiotajun kasvaessa kognitiivisen, emotionaalisen ja sosiaalisen kehityksen edetessä. Nuoret saavuttavat aikuisen kompetenssia vastaavan tason eri-ikäisinä, ja mielenterveyden ongelmista kärsivillä kompetenssin saavuttaminen saattaa viivästyä kasvuolosuhteiden ja sairauden yhteisvaikutuksesta. (Billick ym. 1998; Kuther 2003; Tan ym. 2004). On tärkeää huomata, että nuoruusiän varhais-keskivaiheeseen kuuluu kehityksen samanaikainen progressio ja regressio niin, että kognitiivinen kehitys tuossa vaiheessa on huomattavasti edellä nuoren emotionaalista ja sosiaalista kehitystä (Aalberg & Siimes 2006).

Kompetentti päätöksentekijä esimerkiksi omaa terveyttä koskevissa asioissa edellyttää, että kaikki kehityksen osa-alueet etenevät tasapainoisesti. Nuoren tunnehallinta, tunteenreaktiot ja persoonallisuuden integraation säilyminen kriisitilanteissa eivät ole samal-



la tasolla kuin aikuisen, eivätkä varhais- ja keskinuoruudessa edes samalla tasolla kuin hänen oma kognitiivinen kapasiteettinsa. Sairauden sattua nimenomaan emotionaalinen ja sosiaalinen kehitys vielä taantuvat.

Keskittymällä yksinomaan kognitiivisen kehitysaspektin arviointiin voidaan nuoren kehitykselle haitallisella tavalla unohtaa hänen emotionaaliseen kehitykseen liittyvät tarpeensa. Nuoren kognitiivinen kapasiteettikään ei aina riitä sen arvioimiseen, millaisia seurauksia päätöksillä voi olla tulevaisuuden kannalta. Nuori elää tässä ja nyt ja kokee itsensä voittamattomaksi – omnipotenssi kuuluu nuoruuteen siinä, missä epävarmuuskin. Myös kehitykseen kuuluva tarve olla samanlainen kuin muut saattaa hämärtää nuoren päätöksentekoa (Doig & Burgess 2000).

## Nuoren päätöksentekokyky ja vastuu eri laeissa

Lainsäädännössä käytetään yleensä käsitteitä lapset tai alaikäiset. Tämä kattaa myös nuoruusiän kehitysvaihetta elävät alle 18-vuotiaat. YK:n lasten oikeuksien sopimuksen (1989) mukaan lapsella katsotaan olevan iän mukaan lisääntyvä kompetenssi päättää asioistaan. Sopimus on ratifioitu meilläkin ja se vaikuttaa alaikäisiä koskevaan lainsäädäntöömme (esim. HE 137/1999). Kompetensioletus kuitenkin vaihtelee eri laeissa ja samankin lain eri osien tulokinnassa.

Rikosoikeudellinen syyntakeisuusikäraja 15 vuotta asetettiin Suomessa jo vuonna 1889 (Rikoslaki 39/1889). Kun muualla Euroopassa 1940-luvulla nuorten rikosten käsittely erotettiin omiin tuomioistuimiinsa, Suomessa ja muissa Pohjoismaissa tuomioistuimille jäi vain yli 15-vuotiaille määrättävien rangaistusseuramusten käyttö. Aiemmin tuomioistuimille kuuluneiden kasvatus- ja kuritusseuramusten toimeenpano siirtyi sosiaaliviranomaisille.

Laki on aikojen saatossa nähnyt nuoren rikolliset teot välillä oireena kypsymättömyydestä, välillä kasvatuksen ja tuen puutteesta – oleellista on ollut, ettei nuoren ole katsottu syystä tai toisesta kykenevän tietoiseen valintaan rikoskäyttäytymisen suhteen. Siksi häntä ei ole voitu pitää täysin vastuullisena teostaan, vaan hänen on katsottu tarvitsevan tukea ja ohjausta (Nuotio 2004). Rikosvastuukä vaihtelee Euroopassa huomattavasti (Nuorisorikostoimikunta 2003).

Huostaanottoprosesseista tuttu kuulluksi tulemisen oikeus perustuu YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen (1989) käsityksiin lapsen edun ensisijaisuudesta häntä koskevia asioita päätettäessä, lapsen subjektiivuudesta ja iän myötä kasvavasta itsemääräämisoikeudesta (HE 137/1999; Mäenpää 2001). Sopimuksen mukaan lapsi on yhteiskunnan itsenäinen jäsen, jolle kuuluvat kansalaiselle kuuluvat oikeudet. Hän ei ole vanhempiensa jatke, eivätkä hänen oikeutensa välttämättä ole yhteneväiset vanhempien oikeuksien kanssa (Convention of the Rights of a Child, 1989). YK on julkilausumallaan halunnut hegemonisoida länsimaisen käsityksen individualistisista oikeuksista yhteisöllisen hyvän sijaan, ei niinkään ottaa kantaa siihen, kuinka pieni lapsi on kykenevä itsenäisesti päättämään asioistaan.

Alaikäisen oikeus päättää asioistaan terveydenhuollossa puolestaan nojaa vahvasti anglosaksiseen informed consent -malliin, jossa kypsän alaikäisen tunnusmerkkeihin kuuluvat kyky ymmärtää, mihin on suostumassa, ja kyky ymmärtää suostumuksen seuraukset (Batten 1996; Hannuniemi 1997). Nykykäsityksen mukaan lapsen kykyyn päättää hoidostaan vaikuttaa aiotun toimenpiteen vakavuus (mitä vakavampi toimenpide, sen kypsempi lapsen tulee olla) sekä lapsen kyky harkita asiaa huolellisesti ja ilman pakkoa tai painostusta kenenkään taholta. Suomessa kypsäksi katsotaan yleensä 12-vuotias, kun muualla Euroopassa kypsäksi oletetaan yleensä 14–16-vuotias. (Hannuniemi 1997.) USA:ssa alle 18-vuotias on lähtökohtaisesti kykenemätön päättämään asioistaan mutta tiettyissä olosuhteissa, tiettyjen palvelujen suhteen tai lääkärin kypsäksi

toteamana hän voi itsenäisesti päättää esimerkiksi lääketieteellisestä hoidosta. (Kuther 2003.) Käytännön tilanteissa hoitava lääkäri ratkaisee lapsen päätöksentekokypsyyden.

Toisin kuin esimerkiksi Ruotsin laissa, Suomen lain mukaan kypsäksi katsottava alaikäinen voi kieltää huoltajiaan saamasta tietoja terveydentilastaan ja saamastaan hoidosta (Hannuniemi 1997). Näin suomalainen lainlaattija poistaa ”kypsan” alaikäisen vanhemmilta tosiasialliset mahdollisuudet suojella ja tukea lastaan. Mahdollisuutta tarjottaessa näennäistä itsenäisyyttä ihannoiva nuori allekirjoittaa auliisti paperin, jossa kielletään tietojen luovutus vanhemmille. Vaikka lapsi olisikin itsemääräävä niin, että kieltää tietojen luovutuksen vanhemmilleen, tiedot voi tarvittaessa luovuttaa lastensuojeluviranomaiselle. Tosiasiallisesti lapsi siis voi tulla määritelleeksi, ovatko hänen vanhempansa kykeneviä suojelemaan häntä vai eivät.

Vuoden 1991 mielenterveyslaissa (1116/1990) säädettiin alaikäisten tahdosta riippumattomalle psykiatriselle hoidolle erilaiset, laajemmat kriteerit kuin aikuisten. Siinä, missä aikuisten tahdosta riippumattoman hoidon peruskriteerinä on mielisairaus, alaikäisten peruskriteeriksi asetettiin vakava mielenterveyden häiriö. Mielisairaudella tarkoitetaan tässä yhteydessä psykoosia. Vakava mielenterveyden häiriö taas on käsitteenä epämääräisesti laajempi (Kaltiala-Heino 2003; Kaltiala-Heino 2004; Kaltiala-Heino & Fröjd 2007). Jo lain säätövaiheessa heräsi huoli siitä, johtaako heikosti määritelty käsite tahdosta riippumattoman hoidon sellaiseen käyttöön, jossa johtotähtenä ei olisikaan nuoren sairaus ja hoidon tarve vaan vanhempien ja/tai viranomaisten etu, mukavuuden tavoittelu tai halu rangaista normeja rikkovaa nuorta, jopa mielivalta.

12-vuotiaalle annettiin oikeus itsenäisesti hakea tuomioistuinta muutos- tai tahdonvastaisesta hoidosta tehtyyn päätökseen. Lisäksi muutoksenhakuoikeus on vanhemmilla tai muilla huoltajilla sekä mahdollisilla kasvatusvanhemmilla. Muutoksenhakuoikeuden realisoitumiseksi alaikäisen hoitopäätöksestä tiedotetaan vanhem-

mille, myös esimerkiksi yksinhuoltajavanhemman lapsen toiselle biologiselle vanhemmalle, vaikka tämä ei olisi koskaan osallistunut alaikäisen elämään. Tällöin muuten käytännössä vieras henkilö on oikeutettu saamaan tiedon jälkeläisensä kenties arkaluonteisestakin terveydentila-asiasta, vaikka muutoin alaikäinen lainsäädäntömme mukaan voi kieltää hänestä tosiasiallisesti huolehtivien vanhempiensa osallistumisen sairautensa hoitoon. Mielenterveyslain mukaisten hoitopäätösten kohdalla alaikäisen edun katsotaan toteutuvan, kun kaikki mahdolliset hänestä huolehtivat aikuiset saavat tiedon hoitopäätöksestä riippumatta siitä, sopiiko tiedon luovuttaminen alaikäiselle itselleen.

## Eivätkö vanhemmat kykene suojelemaan lastaan?

Vastasyntyneiden oikeus biologisiin vanhempiin on loukkaamaton, vaikka ”vanhemmuus” merkitsisi vain sukusolun luovuttamista. Nuoruusikäiselle vanhempien tarjoamaa hoivaa, tukea ja suojaa tärkeämpänä pidetään itsemääräämisoikeutta, joka estää vanhempien osallistumisen nuoren elämään. Lainsäädäntömme korostaa alaikäisen oikeutta suojeluun silloin, kun suojelua tarjoaa viranomaistaho: sosiaalitoimi tai psykiatrinen erikoissairaanhoido. Julkinen valta sulkeekin yhä useampia nuoria laitoksiin pakolla.

Vanhempien velvollisuus on huolehtia lapsistaan. Uuteen lastensuojelulakiin (417/2007) tämä on jopa kirjattu lähtökohdaksi – hämmästyttää tosin, eikö se olekaan tätä ennen ollut selviö. Valtakunnallisia ohjeita (esim. STM 2006) lukiessa näyttää kuitenkin siltä, että mahdollisissa kriisitilanteissa vanhempien ei oleteta tarjoavan suojelua, vaan huolenpidon laiminlyöntiä, lapsen pakottamista tai manipulointia, omien (lapsen edun kanssa ristiriidassa olevien) etujensa ajamista ja lapsen pahoinpitelyä. Tämän vuoksi näyttää olevan tärkeää huolehtia, että vanhemmat voidaan sulkea

nuoren terveyden ja psykososiaalisten ongelmien hoidon ulkopuolelle. Oletetaanko siis vaikkapa varhaisnuoren kykenevän hyötymään tarjotusta viranomaisturvasta, kuten psykiatrisesta hoidosta, jos vanhemmat on suljettu sen ulkopuolelle?

Suurin osa vanhemmista haluaa huolehtia nuoruusikäisestä lapsestaan ja kykenee dynaamisesti lisäämään nuoren valtaa ja vähentämään kontrollia nuoren kehityksen sen salliessa. Suurin osa vanhemmista on tietoinen lasten ja nuorten tuen tarpeesta ja vanhempien vastuusta sen antamisessa. Nuoret itse ovat kehitykselleen ominaisesti ambivalentteja: vanhemman turvaa kaivataan ja sen tarve kielletään; vanhemman reagointia pelätään ja huolenpitoa odotetaan. Jopa mitä vakavimmalla tavalla vanhempisuhteessaan traumatisoituneet, ehkä vuosiakin erossa vanhemmistaan eläneet nuoret jaksavat haaveilla yhteyden paluusta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimija voisi asettua tukemaan sitä, että nuoren luonnollinen verkosto saa tilanteen hallintaansa, mutta saattaa olla, että asiantuntija joutuisi silloin itsekkin kestämään ensivaiheen reaktioita ja tunnekuohua ennen kuin ihmiset pääsevät tasapainoon. Onkin helpompaa piiloutua ”itsemääräämisoikeuden” jargonin taakse ja saada nuori ”kieltämään tietojen luovutus” kuin asettua tukemaan lähiverkostoa. Korostamalla nuoren itsemääräämisoikeutta ja oikeutta salata tietoja annetaan samalla sekä vanhemmille että nuorille viesti siitä, että vanhempi ei ole kompetentti suojelija.

## Itsemääräminen ja lapsen etu

Itsemääräminen on perustavaa laatua oleva oikeus. Se on kuitenkin oikeus, johon liittyy vastuu päätöksen seurauksista. Tuleeko lapsen ja nuoren myös kantaa täysi vastuu päätöksistä, joiden kauaskantoisia seurauksia hän kenties ei ymmärrä?

Kuulluksi tulemiseen liittyvä tiedonsaantioikeus auttaa lasta ymmärtämään, miksi asiat tapahtuvat niin kuin tapahtuvat. Se voi saada hänet tuntemaan, että hän on merkittävä toimija omassa elämässään. Itsemääräämisessä kyse on myös vastuusta päätösten seurauksista. Ehkäpä nuoren itsemääräämisen absoluuttisen hyvyyden korostamisessa kyse onkin siitä, että omaa mukavuuttaan ja etuaan ajavat vanhemmat ja viranomaiset vetäytyvät päätäntävastuusta lapsen selän taakse. Vanhemmilla voi toki olla toive välttää vastuuta nuorista tulkitsemalla nuori pätevämmäksi kuin tämä on. Hedonistinen kulttuuri korostaa aikuisen ”tarvetta” ja ”oikeutta” oman itsen ympärille keskittyvään nautinnonhaluun ja ”omaan elämään”. On välttämätöntä tulkita nuori itsenäiseksi ja riippumattomaksi, jotta nuoren tarpeet eivät estä vanhempaa ”toteuttamasta itseään” – nuoren tarpeet eivät enää olekaan realiteetti vaan ”syyllistämistä”.

Vuoden 1991 lakiuudistuksen mukanaan tuomien alaikäisten pakkohoidon kriteerien mahdollisena ongelmana tuotiin esille niiden mahdollinen käyttö muuhun tarkoitukseen kuin lapsen hyvän edistämiseen (Pylkkänen ym. 1991). Aikuisten laatimiin normeihin sopeutumattomuus voisi johtaa psykiatrisen pakkohoidon rangaisuksenomaiseen käyttöön; samasta näkökulmasta on kansainvälisessä keskustelussa erityisesti 1970-luvulla kritisoitu tahdosta riippumattoman hoidon käyttömahdollisuutta ylipäänsä (Szasz 1973). Alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon uusia kriteereitä seurasi nuorten tahdosta riippumattoman hoidon kasvu, jota on jatkunut ainakin 2000-luvun puoliväliin (Kaltiala-Heino 2004; Siponen ym. 2007). Osittain psykiatrisen hoitojärjestelmän kanssa samoja ongelmia ratkoo myös lastensuojelu, jonka alaiset huostaanotot ovat nekin samoin kiivaasti lisääntyneet (Siponen ym. 2007)

Ei ole tiedossa, minkä takia nuorten tahdosta riippumaton hoito ja huostaanotot ovat räjähdysmäisesti lisääntyneet samana ajanjaksona, jona yhä nuorempien kuulluksi tuleminen, itsemääräämisen, tietojen salaamisen ja päätösvallan oikeutta on haluttu lainsäädännön tasolla monin tavoin korostaa. 1990-alun taloudelli-

nen lama on edelleen käyttökelpoinen selitys lukuisille psykiatrian ja sosiaalitoimen ongelmille. Toisaalta, vaikka aikuisten psykiatriassa voidaan perustellustikin väittää resursseja leikatun, lasten- ja nuorisopsykiatria ovat viimeisen vuosikymmenen aikana saaneet ja poliittista tukea. Psykiatrian resurssien suhteellisen vähyden odottaisi näkyvän aikuisten palveluissa, joissa pakon käyttö kuitenkin ei ole lisääntynyt (Tuori & Kiikkala 2004).

Se epidemiologinen näyttö, mitä Suomesta on saatavilla, ei anna aihetta olettaa nuorten vakavien mielenterveyshäiriöiden voimakkaasti lisääntyneen, kuten ei kansainvälisestikään ole voitu osoittaa (Fombonne 1994; 1995; 1996; 1998; Weinberg ym. 1998; Loeber ym. 2000; Suvisaari ym. 1999). On mahdollista, että lisääntynyt tietoisuus nuoruusikäisten – ja lastenkin – oikeuksista, mitä tulee kuulluksi tulemiseen, päätöksentekoon, itsemääräämiseen ja tietosuojaan, johtaa paradoksaalisesti pakkotoimien lisääntymiseen.

Kenties aikaisemmin nuorten hoidosta vain sovittiin vanhempien kanssa. Laillisuustietoisuuden lisääntyminen ja pelko juridisista väliintuloista johtaa siihen, että aiemmin epävirallisesti hoidetut prosessit virallistetaan ja dokumentoidaan. Kenties myös kuulemisen tultua yhä selkeämmin viranomaisen velvollisuudeksi kuullaan alaikäisiltä sellaisia kannanottoja, että jotkin päätökset on pakko myöntää alaikäisen oman tahdon vastaisiksi (Kaltiala-Heino 2004; Siponen ym. 2007). On toisaalta mahdollista, että kuulluksi tuleminen ja itsemäärääminen näissäkin yhteyksissä yksinkertaisesti palautuu ääneen lausuttujen sanojen konkreettisen merkityksen ottamiseen toimenpidelinjausten pohjaksi, ilman että paneudutaan selvittämään, missä määrin alaikäinen on tähän tai tuohon päätöksentekoon kompetentti tai mikä hänen mielipiteensä olisi, jos hän todella voisi ymmärtää käsillä olevan päätöksen kauaskantoiset seuraamukset. Osa pakon kohteeksi joutuvista nuorista saattaisi sittenkin suostua huolenpidon kohteeksi aidon vapaaehtoisesti, jos viranomainen aidosti täyttäisi velvollisuutensa antaa tietoa ja arvioida nuoren kyky päätöksentekoon. Se edellyt-

täisi, että päätöksentekokyvyn arviointi voitaisiin jotenkin ohjeistaa ja tehdä läpinäkyväksi.

## Lapsen, nuoren ja vanhemman tahto

Mielenterveyslaki puhuu alaikäisen tahdosta riippumattoman hoidon osalta, kuten aikuisellakin, potilaan tahdosta. Alaikäisen hoidosta päätettäessä vanhempien tahto ja mielipide tosiasiallisesti on aina vaikuttamassa potilaan kantaan (Kaltiala-Heino 2003). Nuoruusiän kehityksen näkökulmasta on naiivia olettaa, että monikaan lapsi tai nuoruusikäinen voisi sitoutua psykiatriseen hoitoon hyötyen siitä, vaikka vanhemmat kiivaimmin vastustaisivat hoitoa ja kieltäisivät koko mielenterveyshäiriön. Ei myöskään liene itsestään selvää, että sosiaalityöntekijä kykenee lapsen huoltajaa tai muuta lähipiiriä luotettavammin saamaan selville puhekyvyttömän lapsen mielipiteen vaikkapa huostaanoton tarpeesta.

Oikeusoppinut keskustelu keskittyy pohtimaan tilannetta, jossa vallitsee ristiriita vanhemman tai vanhempien ja alaikäisen tahdon välillä. Ratkaisuksi on ehdotettu edunvalvojaa lapselle tai nuorelle, jonka tahto eroaa vanhempien tahdosta häntä itseään koskevilla kysymyksissä (esim. HE 137/1999). Silloin kuitenkin edelleen oletetaan, että alaikäisellä on sellainen riippumaton identiteetti ja tahto, että hän pystyy johdonmukaisesti ja kompetenttila tavalla olemaan uhkaavista, perustavanlaatuisista, tunnesuhdetta vanhempiin vaarantavista kysymyksistä eri mieltä kuin vanhemmat ja että tämän erimielisen tahdon toteutuminen jopa automaattisesti on lapsen parhaaksi.

Edunvalvojaratkaisu ei poista perusongelmaa, miten alaikäisen päätöksentekokykyä, etua ja tahtoa arvioidaan ja painotetaan terveys- ja sosiaalialan ratkaisuihin. Lisäksi se antaa sosiaalitoimen edustajalle mahdollisuuden poistaa vanhemmilta oikeuden edustaa lasta samalla eväten heiltä oikeuden saada tietoa lastaan koskevasta



asiasta. Edunvalvojan määrittämiseksi voi näet riittää sosiaalitoimen edustajan arvio lapsen ja huoltajan välisen eturistiriidan olemassaolosta (Perustuslakivaliokunnan lausunto 7/2000).

## Lopuksi

Suomalainen, kuten kansainvälinenkin, keskustelu nuoruusikäisen itsemääräämisoikeudesta ja nuoruusikäisen kohtelu lainsäädännössä perustuu mielipiteisiin ja teorioihin. Kansainvälinen empiirinen tutkimus nuoruusikäisten päätöksentekokompetenssista terveydenhuollossa ja lastensuojeluasioissa loistaa poissaolollaan. Silloinkin, kun kompetenssia mitataan, se tehdään yleensä laboratorio-oloissa ja siinä keskitytään lähinnä kompetenssin kognitiivisiin edellytyksiin (Kuther 2003). Teoreettinen pohdinta näyttää keskittyvän oikeuteen kieltäytyä hoidosta (Kluge 1995; Doig & Burgess 2000). Suostumista hoitoon, vaikka ei ymmärtäisi sen merkitystä, problematisoidaan harvemmin. Lisäksi suomalaisessa lainsäädännössä oikeus päättää hoidosta tai lastensuojelun interventtiosta on yhdistetty oikeuteen kieltää hoidosta ja huolenpidosta vastaavilta aikuisilta tiedonsaanti huollettavansa asioista. Vaikka taustalla on ymmärrettävä huoli siitä, että kaikki vanhemmat eivät aina toimi lapsensa parhaaksi, tiedonsaannin kieltämiseksi ei tarvita edes ”syytä epäillä” -perustetta. Toteutuuko alaikäisen itsemääräämisoikeus paremmin, kun hän siirtyy vanhempien huostasta viranomaisen huostaan?

Oikeuksien mahdollinen yhteys vastuuseen ja velvollisuuksiin ei tunnu kuuluvan postmodernin yhteiskunnan suosittuihin teemoihin. Suomalaisesta näkökulmasta tarkasteltuna hienosti argumentoidut kirjoitukset viisivuotiaan tai jopa sitäkin nuoremman oikeudesta kieltäytyä syövän hoidosta tuntuvat uskomattomilta, mutta ne onkin kirjoitettu maissa, joissa seitsemänvuotias voidaan tuomita elinkautiseen vankeuteen. Tutkimuksen ja sosiaali- ja ter-

veyspolitiikan tulisi vakavimmin paneutua siihen, mitä itsemääräämisoikeus todella tarkoittaa ja miten kompetenssia päättää sosiaali- ja terveystieteiden alueen asioista voidaan arvioida.

## Kirjallisuus

- Aalberg V & Siimes M (2006) Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.
- Appelbaum P & Grisso T (1995) The MacArthur Treatment Competence Study I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behaviour* 19(2):105–126.
- Batten D (1996) Informed consent by children and adolescent to psychiatric treatment. *Aust New Z J Psychiatry* 30:623–632.
- Billick S, Edwards J, Burgert W, Serlen J & Bruni S (1998) A clinical study of competency in child psychiatric inpatients. *J Am Acad Psychiatry Law* 26:587–594.
- Convention on the Rights of the Child Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989.
- Doig C & Burgess E (2000) Withholding life-sustaining treatment: Are adolescents competent to make these decisions? *CMAJ* 162(11):1585–1588.
- Fombonne E (1998) Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 248(1): 14–21.
- Fombonne E (1994) Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatrica Scand* 90:145–156.
- Fombonne E (1995) Anorexia nervosa: No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 166:462–471.
- Fombonne E (1996) Is bulimia nervosa increasing in frequency? *Int J Eat Dis* 19:287–296.
- Grisso T & Appelbaum P (1995) Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 152:1033–1037.
- Hannuniemi A (1997) Alaikäisen oikeudellisesta asemasta terveydenhuollossa. *Lakimies* 1997, 6.
- HE 137/1999. Hallituksen esitys laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi.
- Kaltiala-Heino R (2003) Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2003:7. Helsinki.
- Kaltiala-Heino R (2004) Increase in involuntary psychiatric admission of minors. A register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:53–59.
- Kaltiala-Heino R & Fröjd S (2007) Severe mental disorder as a basic commitment criterion for minors. *Int J Law Psychiatry* 30(1):81–94.
- Kluge, EH (1995) Informed consent by children: the new reality. *CMAJ* 152:1495–1497.

- Kuther T (2003) Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence* 38(150):343–358.
- Lastensuojelulaki 417/2007.
- Loeber R, Burke J, Lahey B, Winters A & Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: A review of past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 39:1468–1484.
- Marttunen M & Kaltiala-Heino R (2007) Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist J ym. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mäenpää M (2001) Lapsen etu ja osallistumisoikeudet hallinto-oikeuden huostaanotto-prosessissa. *Lakimies* 2001, 6–7.
- Nuorisori-kostoimikunta (2003) Nuorisori-kostoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 2003:2. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Nuotio K (2004) Nuorisori-kosoikeus? *Lakimies* 2004, 3.
- Perustuslakivaliokunnan lausunto 7/2000.
- Pylkkänen K, Moring J & Uusitalo A (1991) Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito. *Suomen Lääkärilehti* 46:147–151.
- Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Helsinki. Rikoslaki 39/1889.
- Siponen U, Välimäki M, Kaivosoja M, Marttunen M & Kaltiala-Heino R (2007) Increase in involuntary psychiatric treatment and child welfare placements in Finland 1996–2003: a nationwide retrospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42 (2): 146–152.
- Suvisaari J, Haukka J, Tanskanen A & Lönnqvist J (1999) Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish birth cohorts born from 1945–1965. *Arch Gen Psychiatry* 56:733–740.
- Szasz T (1973) Ideology and insanity. *International Social Science Journal* 25 (4): 504.
- Tan J & Fegert J (2004) Capacity and competence in child and adolescent psychiatry. *Health Care Analysis* 12(4):285–294.
- Tuori T & Kiikkala I (2004) Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 37:3411–3414.
- Weinberg N, Rahdert E, Colliver J & Glantz M (1998) Adolescent substance use: A Review of the past 10 years. *JAACAP* 37:252–261.

*Tytti Solantaus*

## MAHDOLLISUUKSIEN KORI: LAPSEN KEHITYKSEN JA MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN

Jokainen aika tuottaa omat haasteensa lasten kasvulle ja kehitykselle. Ennen sotia korostuivat fyysinen kasvu ja kehitys, kun taas 2000-luvulla suuria kysymyksiä ovat lapsen tunne-elämän, taitojen ja taitojen sekä sosiaalisen kehityksen harmonisuus ja hyvä mielenterveys. Vasta toisen maailmansodan jälkeen alettiin ylipäättään vakavasti puhua lasten mielenterveydestä, ja vasta aivan viime vuosina ovat lasten mielenterveys ja sen ongelmat nousseet yhteiskunnalliseen keskusteluun.<sup>1</sup>

Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -ohjelmassa korostetaan lasten kehityksen tukemista ja ongelmien ennaltaehkäisyä. Se heittää haasteen sekä tutkijoille että palvelujen kehittäjille ja järjestäjille: mitä tiedetään, mitä osataan, mitä voidaan tehdä, minne ollaan menossa. Tarvitaan työmenetelmien kehittämistä, tutkimustuloksia ja palvelujen parantamista. Tässä luvussa tarkastellaan (1) työmenetelmien kehittämistä esimerkkiongelmana vanhempien mielenterveysongelmien ylisukupolvinen siirtyminen, (2) kehitystä tukevien ja ennalta ehkäisevien interventioiden vaikuttavuutta tutkimuksen valossa ja (3) pohditaan Suomen palvelujärjestelmän mahdollisuuksia tukea lasten ja nuorten kehitystä ja ehkäistä psykososiaalisia ongelmia.

Lapsilla tarkoitetaan tässä artikkelissa kaikkia alaikäisiä tai perheen lapsia, myös nuoruusikäisiä. Lasten mielenterveyden edistä-

---

1 Artikkelin perustuu kirjoitukseen Tytti Solantaus (2007) Lapsen kehityksen ja mielenterveyden tukeminen – todellisuutta vai utopiaa? Teoksessa J. Eskola ja A. Karila (toim.) Mielekäs Suomi. Helsinki: Edita Publishing.

misellä (promotion of mental health) tarkoitetaan lasten kehityksen tukemista niin emotionaalisen, sosiaalisen kuin kognitiivisen kehityksen alueella. Kehityksen edetessä suotuisasti toivotaan myös häiriökehityksen estyvän. Näin ollen lasten mielenterveyden häiriöiden ehkäistyminen (preventio) on yksi, vaikka ei ainoa toivottu seuraus kehityksen tukemisesta. Terveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäiseminen nähdään tässä artikkelissa toinen toistaan tukeviksi ja toisiinsa liittyviksi toiminnoiksi. Terveyden edistämisen voidaan ajatella olevan sateenvarjokäsite, jonka alle häiriöiden ennaltaehkäisy sijoittuu.

## Työmenetelmien kehittäminen

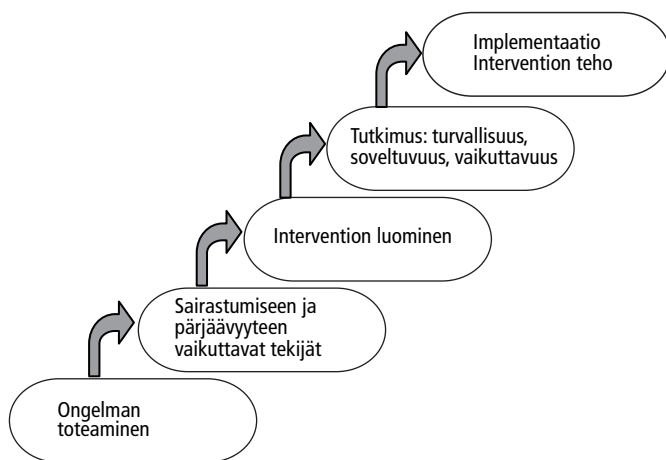
Prevention ja promootion käsitteisiin liittyy vaikuttaminen: jotain halutaan muuttaa, johonkin vaikuttaa. Työvälinettä, jolla vaikutetaan, kutsutaan tässä artikkelissa interventioksi. Interventio on siis yksinkertaisesti vain työmenetelmä, jonka tarkoituksena on vaikuttaa johonkin, kuten edistää lasten myönteistä kehitystä ja ehkäistä häiriökehitystä. Preventiivisen ja promotiivisen intervention sisäkäsite on hoidon puolella terapia.

Lapsia ja perheitä tukevat ja häiriöitä ehkäisevät interventiot voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan. *Universaalit interventiot* kohdistuvat tiettyyn väestöön kokonaisuudessaan. Tästä esimerkkinä on Suomessa toteutettu Varhaisen vuorovaikutuksen -hanke, jossa kehitettiin neuvolajärjestelmää tukemaan kaikkien neuvolassa käyvien lasten sosioemotionaalista kehitystä. *Valikoivat (selektiiviset) interventiot* kohdistuvat ryhmään, jolla on tietty ongelmien tai kehityksen häiriintymisen vaara, mutta ei kuitenkaan vielä häiriöitä. Tästä ovat esimerkkinä sellaiset avioeron kokeneitten lasten ryhmät, joihin pääsyn ehtona eivät ole lapsen ongelmat, vaan pelkästään vanhempien ero. *Indikoidut interventiot* kohdistuvat puolestaan niihin ryhmiin, joilla on vahva todettu riski ja jo joitakin

ongelmia, vaikkakaan ei hoidettavaa häiriötä. Psykkisesti sairaitten ja päihteitä käyttävien vanhempien perheiden interventiot asetuvat selektiivisen ja indikoidun välimaastoon. Lapset kuuluvat selvään riskiryhmään ja osalla lapsista on ongelmia, osalla ei.

Kuviossa 1 esitellään polku (Mrazek & Hagerty 1994, soveltaen) preventiivisten ja promotiivisten työmenetelmien kehittämiseksi. Tarkoituksena on tuottaa työväline, joka soveltuu kyseiseen palvelu- ja perhekulttuuriin, on perheille turvallinen ja jolla on vaikutusta haluttuun suuntaan. Systemaattisen palveluissa tapahtuvan toiminnan, niin hoidon kuin prevention ja promotion, tulisi perustua tietoon, ei pelkästään hyviin ideoihin ja hyvään tarkoitukseen. Ei ole oikein ottaa käyttöön menetelmiä, joista ei potilaille tai asiakkaille ole hyötyä tai joista voi jopa olla haittaa.

Työmenetelmien kehittäminen (kuvio 1) perustuu tietoon ongelman olemassaolosta ja ymmärrykseen sen juurista. On tiedettävä ainakin jotain ongelmakehityksen polusta. Yhtä tärkeätä on tietää, miksi joidenkin lasten kehitys etenee samoissa olosuhteissa hyvin. Näiden tietojen pohjalta voidaan suunnitella interventio, jo-



Kuvio 1. Intervention prosessi (soveltaen, Mrazek & Haggerty, 1994)



turvallisuus ja sopivuus suomalaiseen perhe- ja palvelukulttuuriin. Suomen Akatemia ja Kansaneläkelaitos ovat tukeneet hankkeen tutkimusosuutta. (Solantaus 2005; Solantaus & Toikka 2006; Toikka & Solantaus, 2006). Hanke on vuosien varrella laajentunut koskemaan myös päihteitä käyttävien ja somaattisesti sairaiden vanhempien lapsia.

## Lasten kehityksen häiriintyminen ja pärjääminen

Mielenterveysongelmat verottavat vanhemman ihmissuhdekykyjä ja jaksavuutta, joten vanhemmuus saattaa kärsiä (Downey & Coyne 1991). Mielenterveysongelman mukanaan tuoma vaikeus kontrolloida omia impulsseja ja huomioida toisten tarpeita voivat johtaa kätttyisyyteen tai poissaolevuuteen, parisuhdeongelmiin ja äärimuodoissaan kovakouraiseen tai laiminlyövään vanhemmuuteen. Jos lapsella itsellään on vaikea temperamentti tai muita ongelmia, voi syntyvä yhtälö olla varsin hankala. Perheessä on usein myös työttömyyttä ja taloudellisia ongelmia sekä mielenterveysongelmien syinä että seurauksina. Myös ne verottavat perheen voimia.

Vaikka noin puolet lapsista kärsii itsekkin mielenterveysongelmista, kun vanhempi kärsii masennuksesta, pärjää toinen puoli vaikeuksista huolimatta. Riskitekijöiden tutkimisella on pitkä historia ja niistä tiedetään paljon, mutta pärjäämisen tutkimus ja sen ymmärtäminen on alkanut laajemmassa mitassa vasta viimeisen parin kymmenen vuoden aikana. Pärjäämisellä (resilience) tarkoitetaan, vähän yksinkertaistaen, lapsen hyvää kehitystä vaikeuksista huolimatta.

Pärjäämisen käsite on käynyt läpi eri vaiheita. Kun se 1970-luvulla otettiin tutkimuksen käyttöön ja lapsen kehityksen selittäjäksi, pärjäävyys ymmärrettiin yksilön ominaisuudeksi. Puhuttiin haavoittumattomista tai voittamattomista lapsista, jotka selvisivät



missä tilanteessa tahansa. Yksilöllä, aikuisella tai lapsella, katsottiin olevan ominaisuus tai ominaisuuksia, jotka auttoivat häntä selviytymään tilanteesta kuin tilanteesta. Hyvin pian kuitenkin tulkinnot johtivat niiden yksilöiden syylistämiseen, jotka eivät vaikeuksista selvinneet. Kun Matti ja Maija selvisivät hyvin tietyissä olosuhteissa, täytyi Minnalla olla jokin heikkous, kun hän ei selvinnyt. Pärjäävyyden näkeminen ihmisen ominaisuutena liittyy individualistiseen ihmiskäsitykseen: jos et selviä tilanteesta, jossa joku muu selviää, on ongelma omasi.

Elävä elämä ja tutkimus kuitenkin tuottivat nopeasti lisätietoa (Luthar & Brown 2007). Havaittiin, ettei ”pärväävä” yksilö selviytyntykään kaikista tilanteista kaikkina aikoina ja että yhdellä alueella pärjääminen ei taannut pärjäämistä toisella alueella. Näin opittiin, että pärjäävyys ei ole yksilön ominaisuus, vaan se syntyy yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksesta. Se ei myöskään ole pysyvä vaan dynaaminen tila.

Pärjäävyyttä tutkittaessa otettiin käyttöön myös suojaavan tekijän ja suojaavan prosessin käsitteet. Niillä tarkoitetaan asioita, jotka kantavat tai ”suojaavat” ihmistä vaikeissa elämäntilanteissa. Esimerkiksi puolisojen hyvä kyky ratkaista keskinäisiä ongelmia suojaa taloudellisten ongelmien tunkeutumiselta parisuhteeseen. ”Suojaaminen” on sanana kuitenkin huono, koska se antaa ymmärtää, että suojaava tekijä ikään kuin eristäisi ihmisen ongelmalta ja elämä jatkuisi kuin mitään ei olisi tapahtunut. Näin ei tietenkään ole, vaan suojaavien tekijöiden tuella muodostuu rakentavia ratkaisuja ja prosesseja, jotka kantavat vaikeuksien aikana.

Tutkittaessa lapsia ja nuoria, jotka selvisivät hyvin vanhemman mielenterveysongelmista huolimatta, löydettiin sekä perheen sisäisiä että perheen ulkopuolisia suojaavia tekijöitä. Näistä ehkä tärkeimpiä ovat rakentava ja avoin kommunikaatio perheessä ja keskinäinen ymmärrys vanhemman mielenterveysongelmasta (Beardslee & Podorefsky 1988; Jähi 2004). Ne auttavat ylläpitämään luottamuksellisia ja toimivia perhesuhteita ja tekevät ongelmi-

en ratkaisemisen mahdolliseksi. Perheen ulkopuolinen sosiaalinen elämä ystävineen ja harrastuksineen sekä sitoutuminen kodin ulkopuoliseen omaan yhteisöön – päivähoitoon tai kouluun – kantivat myös lapsia eteenpäin, kun kotona oli vaikeuksia.

## Intervention rakentaminen

Riski- ja suojaavat tekijät ja -prosessit ovat käsitteinä syntyneet tutkimuksen tarpeisiin hahmottamaan ja mallintamaan lapsen kehitystä. Niillä on omat ongelmansa, eivätkä ne voi koskaan kuvata ja kattaa kehityksen koko rikkautta. Ne ovat kuitenkin olleet hyödyllisiä työvälineitä erityisesti siinä vaiheessa, kun haluttiin siirtää kehitykseen vaikuttamiseen, promootioon ja preventioon. Kun tunnetaan lapsen sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ja lasta kannattelevia ”suojaavia” tekijöitä, suunnitellaan interventio kohdistuvaksi niihin tekijöihin, joihin voidaan ajatella vaikutettavan kyseisen ammattilaisen työtuolilta. Mielenterveystyöntekijä vaikuttaa eri asioihin kuin työvoimaviranomainen.

Professori Beardsleen tutkimusryhmä USA:ssa kehitti näillä periaatteilla ns. Beardsleen perheintervention (Beardslee ym. 1999; Solantaus & Beardslee 1996). Se on 6–8 tapaamista käsittävä työmuoto, joka alkaa vanhempien ja lasten erillisillä tapaamisilla. Interventio kulminoituu perheistuntoon, jossa vanhemmat ottavat mielenterveysongelman pöydälle avoimesti keskusteltavaksi. Toimiva lapsi & perhe -hanke ([www.info.stakes.fi/toimivalapsijaperhe](http://www.info.stakes.fi/toimivalapsijaperhe)) on tuonut menetelmän Suomeen.

Perheintervention rinnalle on kehitetty lyhyt, vain vanhempien kanssa toteuttava työmenetelmä, ns. Lapsen puheeksi -keskustelu sekä perheen omaa ja viranomaisverkostoa aktivoiva Neuvonpitomenetelmä ([www.info.stakes.fi/toimivalapsijaperhe/tyomenetelmat](http://www.info.stakes.fi/toimivalapsijaperhe/tyomenetelmat)). Näiden lisäksi on Suomessa kehitetty vertaistuen muotoja, kuten Vertti-verttaisyhmittä lapsille ja vanhemmille sekä perhekurssit (In-

kinen & Söderblom 2005; Söderblom 2005). Kaikki nämä työmenetelmät perustuvat samoihin ennaltaehkäisyyn ja perheen kunnioituksen periaatteisiin ja niitä kutsutaan yhteisnimellä Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmät. Menetelmien avulla autetaan vanhempia olemaan mahdollisimman hyviä vanhempia mielenterveyden ongelmista huolimatta. Ne perustuvat kahden asiantuntijan tasa-vertaiseen kohtaamiseen: perhe on asiantuntija omissa asioissaan, työntekijällä on hallussaan mielenterveysongelman ammatillinen osaaminen.

Työmenetelmillä pyritään vaikuttamaan perheen sisäisiin suojaaviin tekijöihin: perheen keskinäiseen ymmärrykseen ja ihmissuhteisiin, vanhemmuuteen ja ongelmanratkaisuun sekä kodin toimivuuteen. Pyritään myös vaikuttamaan perheen ulkopuolisiin lasta kannatteleviin tekijöihin: rakentamaan lapsen sosiaalista verkostoa kodin ulkopuolella päivähoidossa, koulussa, harrastuksissa ja kaveripiirissä. Jos lapsi tai perhe tarvitsee muita palveluja, kuten lasten- tai nuorisopsykiatrisia tai sosiaalitoimen perhepalveluja, tai lapsen ja perheen oma sosiaalinen verkosto on hatara, järjestetään lapsiperheneuvonpito. Sen tarkoituksena on aktivoida sekä perheen oma että viranomaisverkosto tukemaan perhettä ja lasta.

## Tutkimuksen tehtävät

Kun perheinterventiota verrattiin luentointerventioon Beardsleen tutkimuksessa USA:ssa, todettiin molemmat interventiot turvallisiksi, eikä niistä ollut perheille haittaa. Sen lisäksi todettiin 4,5 vuoden seurannassa, että molemmista interventioista oli hyötyä. Perheitten keskinäinen ymmärrys ja perhesuhteet paranivat ja lasten ahdistus- ja masennusoireet helpottivat molemmissa ryhmissä. Perheinterventiolla oli kuitenkin laajemmat vaikutukset. (Beardslee ym. 2007.)

Alustavat tulokset Toimiva lapsi & perhe -hankkeesta kertovat perheiden tyytyväisyydestä sekä Lapset puheeksi -keskusteluun etä Beardsleen perheinterventioon. Vanhempien arvioiden mukaan molemmissa interventioissa tapahtui vanhemmuutta ja perheen jäsenten suhteita koskevia positiivisia muutoksia, eikä mainittavaa haittaa ole ollut. Lapset puolestaan olisivat suositelleet perheinterventiota muillekin samassa tilanteessa oleville lapsille.

Tärkeä kysymys on myös, miten työntekijät ottavat vastaan uudet menetelmät. Jos ne eivät sovellu työkuulttuuriin, on vaarana se, että menetelmät kuolevat nopeasti pois. Tutkimme työntekijöiden kokemuksia kyselylomakkeella noin puoli vuotta ensimmäisen koulutuksen loppumisen jälkeen (Toikka & Solantaus 2006). Kysely tehtiin 30:lle aikuispsykiatrian työntekijälle, jotka yhä edelleen olivat samassa työssä. Kaikki kertoivat, että he käyttävät työmenetelmiä rutiinutyössään ja että noin 90 % työtovereistakin oli alkanut huomioida lapsia enemmän omassa työssään. Tulokset kertovat menetelmien soveltuvuudesta aikuispsykiatrian arkeen.

Kysyimme myös työmenetelmien mahdollisia vaikutuksia työstressiin, työssä jaksamiseen sekä työniloon ja -motivaatioon. Työstressi oli lisääntynyt kolmanneksella ja kolmanneksella vähentynyt. Työssä jaksaminen ei ollut kuitenkaan vähentynyt kenelläkään, päinvastoin, noin kolmanneksella se oli lisääntynyt. Erittäin ilahduttava tulos oli, että työmenetelmät olivat lisänneet työniloa ja -motivaatiota jopa 80–90 %:lla työntekijöistä. (Toikka & Solantaus 2006.)

Nämä tulokset kertovat ensimmäisen ja hyvin valikoidun työntekijäryhmän kokemuksista. Olemme kuitenkin toistaneet tutkimuksen myöhemmin laajemmalle otokselle, ja alustavat tulokset ovat olleet hyvin samansuuntaiset.

Sekä perheet että työntekijät näyttävät kokevan tällaisen työn mielekkäänä. Se ehkä kertoo siitä, että sekä vanhemmilla että työntekijöillä on ollut huoli ja valmius puhua lapsista, mutta on tarvittu työmenetelmät, joiden avulla arkaa asiaa on voitu lähestyä raken-

tavasti. Näin ollen alustavat tulokset osoittavat, että työmenetelmät ovat käyttökelpoisia ja sopivat suomalaiseen perhe- ja palvelukulttuuriin.

Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmät sopivat myös muihin perhettä kohdanneisiin vaikeuksiin ja työ onkin laajentunut päihdepalveluihin ja muun muassa syöpää ja muita vakavia sairauksia sairastavien vanhempien perheisiin ja heitä hoitaviin palveluihin. Myös lastensuojelu on ollut kiinnostunut työmenetelmien käytöstä.

## Ennalta ehkäisevä työ ja tutkimuksellinen näyttö

Promotiivisten ja preventiivisten interventioiden iso kysymys on vaikuttavuus pitkällä tähtäimellä ja taloudellinen kannattavuus. Vaikuttavuuden toteaminen on monimutkaisempaa kuin hoitotilanteissa, joissa oireiden väheneminen antaa selvän näytön hoidon tehosta. Ennalta ehkäisevien interventioiden on pystyttävä osoittamaan se, ettei kyseistä ongelmaa synny. Psykososiaalisissa ongelmassa ja häiriöissä varhaisen intervention vaikutus voidaan osoittaa vasta nuoruudessa tai nuorena aikuisuudessa.

Lapsen pääasialliset kehitysympäristöt ovat koti, päivähoito ja koulu sekä vapaa-ajan ympäristöt. Eniten preventiivisiä ja promotiivisia interventioita on kehitetty vanhemmuuteen ja kouluihin. Vanhemmuuteen kohdistuvat interventiot on useimmiten kehitetty perheille, joissa lapsilla on käytöshäiriöitä. Tiedetäänhän, että kovakourainen vanhemmuus ja lapsen käytösongelmat muodostavat itseään vahvistavan kehän. Perheen yhdessäoloa voi kautta linjan leimata kireys, ärtyvyys, väsymys ja kurinpidolliset toimet.

Vanhemmuusinterventiot toteutetaan usein ryhmissä, joissa vanhemmat löytävät uudenlaisia tapoja toimia lastensa kanssa. Yleisenä periaatteena on lapsen myönteisten voimavarojen oivaltaminen ja hyvien yhdessäolohetkien tukeminen ongelmakäyttä-

tymisen jäädessä taka-alalle. Samalla sekä vanhempien kuva itsestä ”huonona” vanhempana, lapsesta ”mahdottomana” ja lapsen kuva itsestään ”pahana” muuttuu myönteisemmäksi.

Englanninkielinen termi näille interventiolle on parent training, mikä on Suomessa usein käännetty ’vanhemmuuskouluksi’. Kyseessä ei kuitenkaan ole koulu, jossa opettaja opettaa oppilasta. Kyseessä on tilanne, jossa vanhemmat sekä toinen toisensa että ryhmän vetäjän tuella löytävät uudelleen oman vanhemmuutensa ja lapsensa myönteiset puolet ja negatiivinen vuorovaikutuksen kierre saadaan kääntymään myönteiseen suuntaan. Useita vanhemmuusinterventioita on tutkittu satunnaistetuissa kokeissa, ja tulokset ovat olleet hyvin myönteiset sekä vanhemmuuden että lasten ongelmien suhteen.

Koulu on tärkeä kehitysympäristö lapsille, ei ainoastaan tiedollisen kehityksen, vaan myös sosioemotionaalisen kehityksen osalta. Koulupäivä on täynnä sosiaalisen ja tunne-elämän haasteita niin oppitunneilla kuin välitunneillakin. Koulu tavoittaa koko ikäluokan, joten koululla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa sekä koko lapsiväestöön että riskiryhmissä olevien lasten kehitykseen. Sama pätee päivähoitoon, mutta päivähoitoon liittyviä interventiota on vielä hyvin vähän.

Tutkimusryhmät ovat eri puolilla maailmaa lähteneetkin innolla tutkimaan ja kehittämään työmenetelmiä, joilla voidaan tukea lasten kehitystä ja ehkäistä häiriökehitystä koulun puitteissa. Interventio voi suuntautua koko luokalle erottelematta ketään riskiryhmiin kuuluvaksi (universaalit interventiot). Tällainen on Stakesissa kehitteillä oleva Yhteispeli-hanke. Tällaisen intervention kohteena voi esimerkiksi olla oppimiselle myönteisen yhteishengen rakentaminen luokassa, mikä tapahtui Kellamin työryhmän (2008) interventiossa. Työskentely aloitettiin 1. luokalla ja lapsia seurattiin yli murrosiän. Todettiin, että intervention avulla oli voitu ehkäistä erityisesti poikien ongelmakäyttäytymistä.

Toisenlainen lähestymistapa on interventioissa, joissa koululaisille opetetaan sosioemotionaalaisia taitoja tietynlaisen ohjelman puitteissa. Opettajalla on käytössään opetusmateriaali, jonka avulla oppilaat oppivat tunnistamaan ja hallitsemaan tunteita, kuuntelemaan toisia ja selvittämään konflikteja, sekä kestäämään stressiä. Interventioita voidaan kohdistaa myös tietyille riskiryhmille (selektiiviset tai indikoidut interventiot). Voidaan esimerkiksi tarjota ryhmäinterventiota koululaisille, joilla on alkavia ahdistus- tai masennushäiriön oireita. Kaikkien näiden interventioiden tulokset ovat olleet hyviä.

Voidaan myös kehittää samoilla periaatteilla toimivat interventiot vanhemmille, lapsille ja opettajille kouluihin. Tämä onkin selvästi kehityksen suunta. Paras ennaltaehkäisy tulos tulee ilmeiseksi, kun työskentelyssä ovat mukana sekä vanhemmat että opettajat lasten itsensä lisäksi.

## Työmenetelmien implementaatio

On siis olemassa joukko satunnaistetuissa kokeissa tehokkaiksi todettuja lasten kehitystä tukevia ja häiriöitä ehkäiseviä interventioita niin koteja ja kouluja kuin palvelujärjestelmääkin varten. Miten niitä on onnistuttu siirtämään koeolosuhteista arkielämän käytäntöihin ja palveluiden rutiineihin? Prosessista on käytössä monia nimityksiä, kuten juurruttaminen, vakiinnuttaminen, levittäminen, implementaatio, disseminaatio, institutionalisaatio. Tässä käytetään käsitettä implementaatio.

Interventioiden implementaatio on osoittautunut ongelmalliseksi. Kokemus on osoittanut, että monet hyvätkin ja vaikuttavat menetelmät kuolevat pois muutaman kuukauden tai vuoden jälkeen. Tälle voidaan löytää monia syitä. Usein työntekijä joutuu toteuttamaan uutta työmenetelmää muiden töiden lisäksi. Tämän lisäksi tapahtuu usein niin, että kyseinen työ vastuutetaan vain

koulutuksessa olleille, eikä varmisteta työn leviäminen työyksiköissä. Ei ole ymmärretty, että uudenlainen työskentely tarvitsee sekä psykologista tilaa että ajallisia ja aineellisia resursseja päästäkseen liikkeelle. Niin työtiimeissä, työyksiköissä kuin koko organisaation johdossa on ymmärrettävä, että uudenlainen työskentely koskettaa koko organisaatiota ja se vaatii kaikkien, erityisesti johdon panosta. Sen lisäksi, että työmenetelmiin koulutetaan, ne on sisällytettävä organisaation päämääriin, laatuvaatimuksiin ja rutiinointoihin.

Toimiva lapsi & perhe -hankkeessa on koulutettu työntekijöitä työmenetelmiin ja työmenetelmien kouluttajia. On tehty työtä sitä silmällä pitäen, että työ leviää maantieteellisesti yli Suomen. Kouluttajia onkin jo noin 80 Lapista Turun saaristoon. Tämän lisäksi pyritään Toimiva lapsi & perhe -työskentely ja psykiatrisen potilaan lasten huomioiminen sisällyttämään potilaan hoidon rutiineihin kuten sisäänottohaastatteluun, sairauskertomukseen, hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin (Väisänen ym. 2005; Pietilä ym. 2005).

Näiden lisäksi Toimiva lapsi & perhe -työssä pyritään rakentamaan vanhempien mielenterveysongelmia hoitaviin organisaatioihin infrastruktuuri, joka kontrolloi ja kehittää lasten huomioimista. Tämä merkitsee työn toteutumisen seurantaa ja johdon sitouttamista työhön ja sen kehittämistä. Työmenetelmät on myös saatava osaksi ammattilaisten perus- ja jatkokoulutusta.

## Interventiot ja lapsen kehityksen markkinat

Kaiken kaikkiaan tutkimustyö osoittaa, että on mahdollista kehittää menetelmiä, joilla tuetaan lasten kehitystä ja ehkäistään ongelmia. Ei niin ollen ole ihme, että interventiotutkimus on vilkasta kansainvälisissä tutkimuskeskuksissa. Erilaisia kehitystä tukevia ja häiriöitä



ehkäiseviä työmenetelmiä tai interventioita syntyy koko ajan uusia. Se on kaikki tervetullutta, mutta ongelmiakin syntyy.

Tutkimusryhmät ovat alkaneet lisensoida omia interventioita, jolloin niistä on tullut maksullisia liikeloudellisia tuotteita. Interventioilla on omat kauppanimensä ja myyjänsä. Interventios- ta voidaan periä vuosittainen yleislisenssi ja joskus vielä vuosittaiset yksilö- tai tiimikohtaiset maksut. Näin ollen interventioiden käyt- töön ottaminen on kallista.

Tämän lisäksi omistajuus voi tulla ongelmaksi silloin, kun me- netelmää halutaan soveltaa toisenlaisiin oloihin. Kaikki muutokset on tehtävä yhdessä menetelmän omistajan kanssa. Näin tulee tapah- tua myös silloin, kun menetelmää halutaan kehittää. Koululaitos ja perhe-elämä ovat dynaamisia ja liikkuvia yhteiskunnan muutoksiss- sa ja arkisten työmenetelmien tulisi seurata mukana joustavasti. Jos kaikista uusista ajatuksista on neuvoteltava omistajan kanssa, luova kehittäminen on miltei mahdotonta.

Asiaan liittyy myös moraalinen puolensa. Lasten kehitykses- tä on tullut uusi markkina-alue. Uusia menetelmiä voidaan ottaa käyttöön vain talouden niin salliessa. Jos hoidollisten terapioiden kehittämisen aikaan olisi ollut vastaava tilanne, maksaisimme esi- merkiksi Freudin perikunnalle jatkuvasti rojalteja analyttisestä te- rapiasta ja perheterapeutti Minuchinille hänen kehittämästään per- heterapiasta.

Suomessa on mietittävä toimintastrategia suhteessa kauppa- lisiin interventioihin. Ostetaanko meille eri tilanteisiin sopivat in- terventiot vai kehitämmekö omat? Lapsen kehityksen periaatteet ja niihin liittyvä tutkimustulokset ovat julkisia kuten tutkimustulok- set yleensä, joten meillä on mahdollisuus myös itse kehittää kysei- siä menetelmiä. Näin tehdään muun muassa Stakesin Yhteispeli- hankkeessa.

## Lasten kehitystä on mahdollista tukea

Lasten kehityksen ja kehityksen häiriintymisen tutkimus on edennyt huimasti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Sairastumisen ja pärjäävyyden mysteereitä on raotettu ainakin sen verran, että on tullut mahdolliseksi tukea lasten kehitystä osana palvelujärjestelmää ja ehkäistä kehityksen ongelmia. Jo tähän mennessä syntyneet tulokset kertovat, että työ on lupaavaa ja siihen kannattaa panostaa. Se on sekä inhimillisesti arvokasta että taloudellisesti tuloksellista.

Kansainvälisessä keskustelussa todetaan usein implementaation vaikeus. Vaikka on hyviä näyttöön perustuvia menetelmiä, niitä ei ole kuitenkaan laajamittaisesti otettu käyttöön. Erittäin mielenkiintoista on, että ulkomainen kokemus implementaation vaikeudesta ei tunnu pitävän paikkaansa Suomessa. Maanlaajuiset lasten kehitystä tukevat ja häiriöitä ennalta ehkäisevät hankkeet Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen Vavu-hanke (Hastrup ym. 2005) ja Toimiva lapsi & perhe osoittavat myös, että suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on avoin uusille tuulille ja työntekijät ovat innokkaita osallistumaan ja kouluttautumaan preventiiviseen ja promotiiviseen toimintaan. Usein toistettu uskomus muutostarinnasta itsestään selvänä ilmiönä ei pidäkään välttämättä paikkaansa.

Uskallan väittää, että suomalainen terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujärjestelmä kokonaisvaltaisena infrastruktuurina on se tekijä, joka mahdollistaa preventiivisten ja promotiivisten työasenteiden ja -mallien ja -menetelmien implementoinnin Suomeen tavalla, jota ei voida toteuttaa monissa muissa maissa. Jotta systeemiä voidaan muuttaa, on ensin oltava systeemi: toimiva palvelujärjestelmä. Myös työntekijöiden korkea koulutus saattaa liittyä elävään kiinnostukseen ja haluun uudistaa omaa työtä.

Suomella on hyvät mahdollisuudet nousta yhdeksi maailman johtavista maista lasten ja nuorten kehityksen tukemisessa ja häiriöiden ehkäisemisessä. Se edellyttää kuitenkin päämäärätietoista

toimintaa ja tahtoa sekä interventioiden kehittämisessä, tutkimisessä että palvelujärjestelmän suuntaamisessa kohti preventiota ja promootiota.

## Kirjallisuus

- Beardslee WR & Podorefsky D (1988) Resilient Adolescents When Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: The Importance of Self-understanding and Relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145.
- Beardslee WR, Versage, EM & Gladstone TR (1998) Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:11.
- Beardslee WR, Versage EM, Salt P & Wright EJ (1999) The development and evaluation of two preventive intervention strategies for children of depressed parents. In Cicchetti D & Toth SL (eds.) *Rochester Symposium on developmental psychopathology: Vol IX. Developmental approaches to prevention and intervention*. Rochester, NY: University of Rochester Press, 115–151
- Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG & Forber P (2007) Long-term Effects of a randomized trial of two Public Health preventive Interventions for Parental Depression. *J Family Psychology*, 4:703–7145.
- Downey G & Coyne JC (1991) Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull*, 108:50–76.
- Hastrup A, Toikka S & Solantaus T (2005) Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä (Vavu)-hankkeen loppuraportti. Aiheita 8/2005. Helsinki: Stakes.
- Inkinen M & Söderblom B (2005) Vertti. Lapset ja vanhemmat vertaisryhmässä, kun vanhemmilla on mielenterveyden ongelmia. Käsikirja ryhmänohjaajille. Helsinki: Profami Oy.
- Jähi R (2004) Työstää, tarinoita, selviytyä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1015. Tampere: Tampere University Press.
- Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Jalongo N, Wang W, Toyinbo P, Petras H, Ford C, Windham A & Wilcox HC (2008) Effects of universal classroom behavior management program in first and second grade on young adult behavioral, psychiatric and social outcomes. *J Drug and Alcohol Dependence Special Issue on Prevention*. (In press.)
- Luthar SS & Brown P (2007) Maximising resilience through diverse level of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities and priorities for the future. *Developmental Psychopathology*, 19:931–955.
- Mrazek PJ & Haggerty RJ (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy Press.
- Niemi L (2004) Offspring of mothers with psychotic disorders: Childhood development and adulthood psychiatric morbidity. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

- Pietilä L (2005) Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa – Osa 3. Suomen Lääkärilehti 60:4021–4025.
- Solantaus T (2005) Vanhemman mielen-terveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa I. Suomen Lääkärilehti, 60:3765–3770.
- Solantaus T & Beardslee WR (1996) Kun äiti tai isä sairastaa depressiota: interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi [When mother or father suffers from depression: Intervention to prevent children's psychiatric disorders]. Duodecim, 112: 1647–1656
- Solantaus T (2005) Vanhemman mielen-terveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa I. Suomen Lääkärilehti 60:3765–3770.
- Solantaus T & Toikka S (2006) The Effective Family Programme. Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. International Journal of Mental Health Promotion, 8(3):37–44.
- Söderblom (2005) Lapsi masentuneen vanhempansa kanssa vertaisryhmässä – kommunikaation ja ymmärryksen merkitys. Helsinki: Profami Oy.
- Toikka S & Solantaus T (2006) The Effective Family Programme II. Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventative Methods in Child Mental Health. International Journal of Mental Health Promotion, 8 (4): 4–10.
- Väisänen L & Niemelä M. (2005) Vanhemman mielen-terveyden häiriö ja lapset. – Osa 2. Lapsikeskeinen työ erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti, 60: 3889–3893.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D & Verdelli H (2006) Offspring of depressed parents: 20 years later. American Journal of Psychiatry, 163:1001–1008.

*Minna Kaila, Eeva Ketola, Marjukka Mäkelä, Taina Mäntyranta,  
Juha-Pekka Turunen ja Liisa-Maria Voipio-Pulkki*

## HOITOSUOSITUKSET TUTKIMUS- KOHTEENA JA KEHITTÄMISEN TYÖVÄLINEENÄ

Hoitosuosituksia (englanniksi clinical practice guidelines) on pitkään käytetty ohjenuorana ja työkaluna potilastyön arjessa. Ne ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia, tieteelliseen näyttöön perustuvia kannanottoja tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitosuosituksella tavoitellaan terveydenhuollon laadun parantamista ja hoidon tasa-arvoistamista: saman taudin samassa vaiheessa sama diagnostiikka ja hoito. Potilaskohtaisesti soveltaminen harkitaan aina yksilöllisesti ja tiedon lisäksi tarvitaan aina kokemusta ja taitoa. Näyttöön perustuvan lääketieteen kantava periaate on yleisemminkin sama: yhdistetään paras saatavilla oleva ulkoinen tieto, tieteellinen näyttö ja kliininen kokemus, taito.

Ensimmäinen osuma Medlinesta sanalla ”guideline” löytyy vuodelta 1966 ja se käsittelee diagnostiikkaa: onko stafylokokki saprofytti vai patogeeni? (Kozinn & Taschdjian 1966). MESH-terminä Guideline löytyy vuodelta 1993. Suomessakin hoitosuosituksia on tehty jo vuosia, aikanaan hyvinkin vaihtelevin menetelmin ja julkaisutavoin (Varonen & Mäkelä 1996).

Vuodesta 1989 hoitosuosituksia on tehty Lääkäriseura Duodecimin puitteissa valtakunnallisina sarjoina. Lääkärin tietokanta käsittää yli 1 200 tiivistä perusterveydenhuoltoon kohdennettua suositusta ja paljon muuta materiaalia, muun muassa näytönastekatsauksen kautta pääsyn asiaan liittyviin Cochrane-katsauksiin. Ensimmäinen näyttöön perustuva Käypä hoito -suositus ilmestyi

vuonna 1997, ja tässä perusteellisten suositusten kokoelmassa on noin 80 suositusta. Molemmat suositussarjat julkaistaan monella alustalla, joista tärkein on lähes alusta alkaen ollut julkaisu Internetissä kokonaan sähköisen toimitusprosessin tuloksena.

Kirjallisuuden mukaan hoitosuositusten käyttöönottoa (*implementaatiota tai toimeenpanoa*) voidaan edistää kolmella tasolla. Hoitosuositusten leviäminen (diffuusio) on passiivista, käytännössä hoitosuositus vain julkaistaan. Levittäminen (disseminaatio) tarkoittaa, että suosituksesta tiedotetaan ja kerrotaan aktiivisesti suoraan kohderyhmille. Toimeenpanossa (implementaatio) ei tyydytä tiedon levittämiseen, vaan sen käyttöönottoa tuetaan erilaisilla menetelmillä. Käypä hoito -suositusten levittäminen on aktiivista: ne on julkaisu painettuina Aikakauskirja Duodecimissa, Internetissä sekä Terveysportin kautta että Käyvän hoidon vapaasti saatavilla sivuilla. Lisäksi niistä on toimitettu tiivistelmiä ja potilasversioita. Suosituksia on julkaistu myös muille kuin lääkäreille tarkoitetuissa terveydenhuollon ammattilehdissä. Uusinta kehitystä ovat verkkokurssit, jotka pohjautuvat suosituksiin. Ne tarjoavat mahdollisuuden suositusten sisällön vuorovaikutteiseen itseopiskeluun.

Suositusten käyttöönoton keskeinen malli Suomessa on alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen kehittäminen, tyypillisesti kehittämishankkeissa. Suosituksen julkaiseminen on ensimmäinen askel käyttöönotossa. Sairaanhoidopiirien alueella panostetaan lisääntyvästi alueellisten mallien kehittämiseen ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamiseen. Hoitoketjujen kuvaamisen ja erityisesti kehittämisen pohjana on hoitosuositus, johon on koottu tieto diagnostiikasta ja hoidosta (mitä ja miksi). Hoitoketjun kehittämisessä siihen yhdistetään tieto alueellisista mahdollisuuksista (missä, kuka, koska). Hoitoketjujen kehittämisessä ollaan siirtymässä entistä enemmän laajaa todellista yhteistyötä korostavaan vaiheeseen. Hoitosuositusten ja -ketjujen käyttöönotto lääkärin ja muun ammattilaisen työn tueksi on vähintään yhtä suuritöistä kuin hyvien hoitosuositusten laatiminen.

Lääkärien lisäksi muut ammattilaiset osallistuvat jo aktiivisesti hoitoketjujen kehittämistyöhön.

Hoitosuosituksilla on monissa maissa vankka status ja Suomen tilanteesta poiketen myös normatiivinen merkitys. Suositusten asemaa Suomen terveydenhuollossa kuvastaa se, että myös kritiikkiä niitä ja näyttöön perustuvaa lääketiedettä kohtaan on alkanut esiintyä (Louhiala & Hemilä 2004; Nummenmaa 2007). Hoitosuositukset ovat osa näyttöön perustuvaa lääketiedettä, sillä niissä paras ulkoinen näyttö yhdistetään kliiniseen kokemukseen ja taitoon. Hoitosuositukseen kohdistuva kritiikki onkin osin samaa perua kuin näyttöön perustuvaan lääketieteeseen kohdistuva arvostelu.

Hoitosuosituksitutkimuksen kohteena ovat hoitosuositukset, niiden ominaisuudet ja laatu, käyttöönotto ja siihen vaikuttavat tekijät sekä ohjausvaikutukset toimintakäytäntöihin. Hoitosuosituksitutkimuksen tarpeellisuutta itsenäisenä terveydenhuoltotutkimuksen osana voidaan perustella sillä, että merkittäviin terveysongelmiin kohdistuvia suosituksia on jo suuri määrä ja niiden tekemiseen käytetään merkittävä asiantuntijoiden työpanos. Käyttöönottoon kehittämishankkeissa kuluu vielä vähintään samanmoinen määrä resursseja toimijatasolla. Järjestelmälliselle ja kriittiselle hoitosuosituksitutkimukselle on jo näistä syistä selkeä tilaus.

## Suomalaisen hoitosuosituksitutkimuksen taustaa

Vuosituhanen vaihteessa useat eri toimijat kiinnittivät huomiota Käypä hoito -suositusten epätasaiseen käyttöönottoon. Lääkäriseura Duodecimin koulutusvaliokunta otti toimeenpanon painopistealueekseen: käynnistettiin reumasuosituksen juurruttamishanke (Anttolainen ym. 2006), ja viriteltiin keskustelua hoitosuosituksien toimeenpanon järjestämisestä (mm. Duodecimin XII opetuksen kehittämisseminaarin aiheena oli Käypä hoito-suosituksista käy-

täntöön huhtikuussa 2003). Duodecimin ja Finohtan aloitteesta ja Lääkehoidon Kehittämiskeskus ROHDON koordinoimana tehtiin esiselvitys ja järjestettiin hoitosuosituksen toimeenpanoa käsittelevä työseminaari alkuvuodesta 2004.

Esiselvitysraportti valmistui jo marraskuussa 2003. Sen tarkoituksena oli muodostaa kokonaiskuva Käypä hoito -suositusten toimeenpanosta, toimijoista ja tehdystä työstä. Siinä nostettiin esille haasteita hoitosuosituksen toimeenpanon koordinoinnissa, rahoituksessa, varsinaisessa toimeenpanotyössä sekä työn tulosten arvioinnissa. Siinä esiteltiin tuolloin tekeillä olevia tai valmistuneita hankkeita (mm. antimikrobihoitoja rationalisoiva MIKSTRA, Helsingin kaupungin Preventio-hanke, astmakoulutuskierron, Laadukas terveyskeskus -hanke). Raporttiin koottiin myös laajasti haastattelu- ja seminaariaineistoa luokitellen toimeenpanon esteitä ja edistäjiä sekä kartoitettiin kriittiset tekijät.

Esiselvityksen tärkein yksittäinen huomio oli: ”nyt on tuhanen taalan paikka!”. Suosituksia on tarjolla runsaasti, ja jotta niistä saadaan täysimittainen hyöty irti, pitää panostaa toimeenpanoon. Arvioinnin ja arviointitutkimuksen tarve nostettiin esiin. Yhteinen näkemys toimeenpanon ja sen tutkimuksen haasteista johti TERTTU-ohjelman ECCE-konsortion syntyyn.

Hoitosuositukset on tarkoitettu käytännön työn tueksi. Tutkimuksen ja kehityksen pitää myös tukea toisiaan. Tutkijoiden ja käytännön toimijoiden kesken käytyjen keskustelujen perusteella Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito, Lääkehoidon Kehittämiskeskus-ROHTO ja Suomen Kuntaliitto järjestivät ensimmäisen valtakunnallisen hoitoketjuseminaarin toukokuussa 2005, kolmas oli toukokuussa 2007. Vuonna 2006 ilmestyi opas hoitosuosituksen soveltamisesta hoitoketjuiksi (Ketola ym. 2006). Seminaarien tarkoitus oli edistää hoitoketjujen kehittäjien verkostoitumista ja vertais-tukea. Niiden avulla oli tarkoitus vahvistaa parhaiten kokemusten ja käytäntöjen hyödyntämistä maan eri osissa.



## Hoitosuositus tutkimus meillä ja muualla

Hoitosuositus tutkimuksen kansainvälinen historia on melko lyhyt. Kansallisten hoitosuositusten tekeminen alkoi yleistyä samalla vuosikymmenellä kuin tutkimus kliinisten hoitokäytäntöjen muuttamisesta. Eri toimeenpanomenetelmien vaikuttavuuden tutkimuksen kohteena on nimenomaan ollut hoitosuositusten ja niiden toimeenpanon vaikuttavuus. Grillin ja Lomasin (1994) mukaan hoitosuosituksia noudatettiin keskimäärin hieman yli 50 %:ssa potilastapauksista. Hollannissa arvioitiin 1990-luvun lopulla hoitosuosituksia noudatettavan keskimäärin 61 %:ssa yleislääkäreiden päätöksistä (Grol ym. 1998).

Leimallista 1990-luvun hoitosuositus tutkimukselle oli yksittäisten toimeenpanon menetelmien vaikuttavuuden tutkimus. Ihanteena pidettiin satunnaistettua koeasetelmaa. Koeryhmä eli otos lääkäreitä ”altistettiin” hoitosuosituksille tai tietylle toimeenpanon menetelmälle ja sen hoito- ja toimintakäytäntöjä verrattiin kontrolliryhmän käytäntöihin. Tutkimustuloksia koottiin järjestelmällisiksi katsauksiksi täydennyskoulutuksen (Thomson O’Brien ym. 2001a), auditoinnin ja palautteenannon (Thomson O’Brien ym. 2001b) ja henkilökohtaisen ohjauksen (Thomson O’Brien ym. 2001c) vaikuttavuudesta. Aina uudelleen saatu tulos oli, että hoitosuositukset yksin eivät riittäneet muuttamaan hoitokäytäntöjä. Yksikään toimeenpanon menetelmä ei näyttänyt olevan muita menetelmiä parempi. Kun yksittäiset toimeenpanon menetelmät osoittautuvat vaikuttavuudeltaan vaihteleviksi tai heikoksi, uskottiin eri menetelmien yhdistämisen ja räätälöidyn intervention olevan ratkaisu ongelmaan.

Vuosituhanne alussa alkoi yleistyä tutkimus, jonka tavoitteena oli ymmärtää hoitosuositusten käyttöönoton esteitä ja edistäjiä. Jo edellisen vuosikymmenen lopulla esteitä oli pyritty luokittelemaan (Thorsen & Mäkelä 1999). Tutkimustieto kontekstin merkityksessä toimeenpanossa yleistyi. Ymmärrys toimeenpanoa estävistä teki-

jöistä syveni edelleen (NICS 2006). Satunnaistetun koeasetelman ja määrällisten menetelmien rinnalla yleistyivät toimintatutkimuksen lähestymistavat ja laadulliset tutkimusmenetelmät.

Kiinnostus toimintakäytäntöihin ja niiden muuttamiseen on näkynyt oppimista korostavassa yksilölähtöisessä lähestymistavassa sekä toimintaympäristön ja sosiaalisen ympäristön merkitystä korostavassa lähestymistavassa. Oppimista korostavaa lähestymistapa on ylhäältä alaspäin (top-down). Sen mukaan on olemassa oikea hoitokäytäntö, joka toimijoiden toivotaan omaksuvan. Ympäristön merkitystä korostava lähestymistapa on alhaalta ylöspäin (bottom-up), jolloin toimijat määrittelevät muutoksen tarpeen, tavoitteet ja menetelmät. Käytäntöön pohjautuva oppiminen ja kehittäminen (Practice based learning and improvement) pyrkii hyödyntämään sekä eri lähestymistapojen teoreettista perustaa että näyttöä eri menetelmien vaikuttavuudesta (Grol 2003; Moore & Pennington 2003).

Tärkeä tutkimusalue ovat itse suositukset: ovatko ne käyttökelpoisia ja ohjaavatko ne parempaan hoitoon. Kansainvälisen yhteistyön merkkipaalu oli vuonna 1998 alkanut AGREE-tutkimushanke. Sen tuotos oli hoitosuosituksen laatimisen laadunarviointiin tarkoitettu AGREE-lomake, joka käännettiin suomeksikin (Mäkelä & Kaila 2005). Yhteistyö sai konkreettisen muodon, kun vuonna 2002 perustettiin kansainvälinen verkosto yhdistämään hoitosuosituksen laatijoita ja toimeenpanon tekijöitä: Guidelines International Network (GIN, [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)). Yksi sen tavoitteista on tukea hoitosuositukseen liittyvää tutkimusta.

Suomessa on keskitytty suositusten tekemiseen ja toimitus- ja jakelumenetelmien kehittämiseen (Ketola ym. 2004). Alusta asti työryhmillä on ollut käytössään opas suositusten laadintaan. Kun toimeenpano nostettiin suositusten rinnalle tärkeäksi, laadittiin toimeenpanon opas (Mäntyranta ym. 2003). Ulkomailla pidettyjen luentojen ja kansainvälisten kongressien kokemusten vaihdon perusteella missään muualla ei ole yhtä hyvin toimivaa hoitosuosituksen sähköistä julkaisuprosessia kuin Duodecimissa on kehitetty.

Varhaisin kansainvälisessä tieteellisessä sarjassa julkaistu tutkimus lienee selvitys suositusten nykytilasta Suomessa (Varonen & Mäkelä 1996). Jousimaa selvitti väitöskirjassaan elektronisten hoitosuositusten tarjoamaa tukea lääkärin päätöksenteossa (Jousimaa 2001). Suomen kielellä on julkaistu joitakin kirjoituksia vuodessa. Esimerkiksi on havainnoitu suositusten käyttöönoton pulmallisuutta ja käytön vähäisyyttä (Miilunpalo ym. 2002; Palomäki ym. 2004; Kaila ym. 2006) ja saatu hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin maailmalla. Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen käyttöön ottamisessa terveyskeskukset jakaantuvat normaalisti – ääripäissä ovat hyvin aktiiviset ja hyvin ei-aktiiviset käyttöönottajat (Alanen ym. 2007). Suomen Akatemian TERTTU-ohjelman tuki näkyy tutkimusalan kasvuna. Hoitosuosituksiin perustuvan tietokoneavusteisen kliinisen päätöksenteon tuen tutkimus on meillä (Varonen ym. 2006). Peruslähdekohdaltaan hyvinkin kriittisestä näkökulmasta suosituksia katsovaa tutkimusta on myös julkaistu (Kuoppala ym. 2007; Nummenmaa 2007).

## Tulevaisuuden haasteita

Hoitosuositustutkimus on lähtökohtaisesti monitieteellistä. Se voi ajan myötä kehittyä tieteenalaksi, jonka keskeiset tutkimusaiheet sivuavat lääketieteellistä päätöksentekoa, palvelujärjestelmän amatillista ja poliittista ohjausta, potilaan itsemääräämisoikeutta, sosiaaliturvan rahoitusta ja terveydenhuollon etiikkaa. Hoitosuositustutkimuksen yksi visio on osoittaa käytössä olevan tiedon aukkoja systemaattisella tavalla. Se voi myös osoittaa tutkimusaiheita potilaan itsemääräämisoikeutta, terveystalvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta ja kliinisen tutkimuksen etiikkaa tutkiville tahoille.

Yhteistyö terveydenhuollon organisaatioiden kanssa on olennaista: aktiivinen tutkijankoulutus rekrytoi uusia tutkijoita ja palauttaa heidät eturiviin harjoittamaan oman toimintaympäristön-

sä tutkimusta ja herättämään lisää kiinnostusta oman toiminnan tavoitteiden, keinojen ja tuloksellisuuden tieteelliseen tutkimiseen. Toisaalta on aivan ilmeistä, että terveydenhuollon peruskoulutus ei nykyisellään anna valmiuksia hoitosuositustutkimuksen tekemiseen. Aito poikkitieteellisyys on tarpeen – terveydenhuollon asiantuntijoiden olisi otettava käyttöön muiden tutkimusalojen menetelmiä, ei vain lainattava niitä, jos omat keinot eivät riitä tutkimusongelman ratkaisemiseen. Hoitosuositustutkimuksen syvällisyyden ja pätevyyden kannalta on painotettava sitä, että muiden alojen asiantuntijoiden on paneuduttava riittävästi lääketieteellisen tiedon olemukseen ja terveydenhuollon toiminnan erityispiirteisiin.

Suomen terveydenhuollon tärkeäksi filosofiaksi on omaksuttu toiminnan ja toiminnan kehittämisen perustuminen tieteelliseen näyttöön. Tätä on toteutettu käytännössä näyttöön perustuvien hoitosuositusten laatimisen lisäksi kiireettömän hoidon kriteerejä koostettaessa ja alueellisia hoitoketjuja kehitettäessä. Näytön saaminen ja käyttöön ottaminen edellyttää kurinalaista tutkimusta. Hoitosuositustutkimuksen tuloksia on hyödynnettävä päätöksenteossa ja suositustyön ohjauksessa sekä suositustyön tekemisessä laatimisesta käyttöönottoon ja toiminnan kehittämiseen. Tässä mielessä tutkimusalan haasteet ovat samat kuin muidenkin alojen. Hoitosuositustutkimus kuuluu parhaiten osaksi terveydenhuolto-tutkimusta ja sen tulisi olla yksi kiinnostuksen kohde niissä tiedekunnissa, missä tällaista tutkimusta tehdään.

Hoitosuositustutkimuksessa on osattava lääketieteen perinteisen kokeellisen tutkimusasetelman ja määrällisten menetelmien ohella käyttää myös laadullisia menetelmiä sekä arviointitutkimuksen tutkimusotetta. Parasta olisi kohdentaa päävastuu ja resurssit yhteen tiedekuntaan tai sektoritutkimuslaitoksen yksikköön. Olenainen tehtävä olisi järjestelmällisesti verkottua muiden kanssa ja poikkitieteellisesti. Hyvin muun muassa G-I-N:in kautta käynnissä olevan kansainvälisen yhteistyön lisääminen ja ylläpito ovat suo-

malaiselle hoitosuositukselle tarpeen. Kaikkia hoitosuositukseen liittyviä asioita ei voi eikä tarvitse tutkia Suomessa, vaan paras muualla tuotettu tieto kannattaa hyödyntää. Olennaisimpia verkostossa tarvittavia osaamisen alueita ovat kliininen lääketiede, kliininen epidemiologia, terveystaloustiede, kasvatustiede ja hoitotiede terveydenhuoltotutkimuksen ohella.

Hoitosuosituksien verkostossa pitää olla mukana niin suosituksen laatijoita kuin käyttäjiä. Näin ankkuroidaan toisaalta tutkimuskysymykset käytännön elämään ja toisaalta varmistetaan tulosten soveltaminen muun muassa kehittämishankkeiden kautta. Näiden vaikutusvalta ei kuitenkaan saa olla liian määräävä, jotta tutkimussuunnan tieteellinen riippumattomuus ja kriittisyys säilyvät. Riippumattomuus ja kriittisyys yliopiston parhaiden perinteiden mukaan ovat keskeisiä tutkimustoiminnan luotettavuuden kannalta, eikä pelkkää tilaustutkimusta voi siksi ajatella. Rahoituksen kautta on taattava riittävä riippumattomuus.

## Kirjallisuus

- Alanen SI, Johannala-Kemppainen R, Ijäs J, Kaila M, Klockars M, Mäkelä M, Välimäki M and the ECCE-group (Castren M, Jousilahti P, Ketola E, Mäntyranta T, Poskiparta M, Roinen RP, Tikkanen I, Tolska T, Turunen JP, Voipio-Pulkki LM). Evaluation of Current Care Effectiveness: A survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scand J Prim Health Care* 2007 [Epub ahead of print 2007 Jul 13]
- Anttolainen M, Peltomaa R, Voipio-Pulkki L-M & Turunen JP (2006) Nivelreuman Käypä hoito -suositusten toimeenpanokoulutus 2001–2002. *Duodecim*, 122:1069–1078.
- Grol R (2002) Changing physicians' competence and performance: finding the balance between the individual and the organization. *J Contin Educ Health Prof.*, 22:244–251.
- Haines A & Donald A (eds.) (2002) Getting research findings into practice. London: The BMJ Publishing Group.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA & Oxman AD (2003) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Jousimaa, Jukkapekka (2001) Elektroniset hoitosuositukset käytännön lää-

- kärin päätöksenteon tukena. Kuopion yliopisto.
- Kaila M, Rintanen H & Saalasti-Koskinen U (2006) Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti, 61(19):2142–2143.
- Ketola E, Kaila M & Mäkelä M (2004) Käypä hoito -suositukset – kokeilusta kulmakiveksi. Duodecim 120:2949–2954.
- Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R, Vio-pio-Pulkki LM, Kaila M, Tulonen-Tapio J, Nuutinen M, Aalto P, Kortakangas P, Brander P & Komulainen J (2006) Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laatimiseen ja toimeenpanoon. www.kaypahoito.fi > hoitoketjut
- Kozinn PJ & Taschdjian CL (1966) Candida albicans: saprophyte or pathogen? A diagnostic guideline. JAMA. Oct 10;198(2):170–172.
- Kuoppala J, Lamminpää A & Malmivaara A (2007) Kuntoutusta koskevien suositusten ja näytön vastaavuus Käypä hoito -suosituksissa – kielellinen näkökulma. Duodecim 123(3):325–333.
- Louhiala P & Hemilä H (2005) Näyttöön perustuva lääketiede rakentuu paljolti satunnaistettujen tutkimusten ja niiden meta-analyysien varaan. Duodecim121(13):1450–1451.
- Miilunpalo S, Toropainen E & Mäkinen M (2002) Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? Duodecim 118(6):613–619.
- Moore DE & Pennington FC (2003) Practice-based learning and improvement. J Contin Educ Health Prof 23:70–80.
- Mäkelä M & Kaila M (2005) Tunnista hyvä hoitosuositus AGREE-lomakkeen avulla. Suomen Lääkärilehti 60:423–425.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP & Lappalainen J (2003) Hoitosuosituksen toimeenpano. Helsinki: Duodecim. www.kaypahoito.fi > toimeenpano
- National Institute of Clinical Studies (NICS) (2006) Identifying barriers to evidence uptake. Melbourne, Australia.
- Nikkarinen T & Brommels M (1998) Käytännöstä teoriaan – ja takaisin; Hoitosuositukset terveydenhuollon laadun kehittämisstrategiana. Duodecim 114(2):142
- Nummenmaa J (2007) Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 587. <<http://acta.uta.fi>>
- Palomäki A, Erhola M, Jaatinen P, Järvinen M, Lehtonen O-P, Nurmi-kari M & Kaila M (2004) Hoito-ohjelmat terveyskeskuslääkärin arkityössä Hämeenlinnan seutuhanke II. Suomen Lääkärilehti 59(30-32):2823–2826.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N & Harvey EL (2003) Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA & Herrin J (2003) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N & Harvey EL (2003) Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The

- Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Thorsen T & Mäkelä M (eds.) (1999) Changing professional practice. Theory and practice of clinical guideline implementation. Danish Institute for Health Service Research and Development. Copenhagen: DSI rapport 99.05. <[www.dsi.dk/publications](http://www.dsi.dk/publications)>
- Varonen H & Mäkelä M (1996) Suomalaiset hoitosuosituksen. Duodecim 112:994–996.
- Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J & Mäntyranta T (2006) Tietokoneavusteisen päätöksentömen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. Duodecim 122:1174–1181.

*Maritta Välimäki, Heli Hätönen ja Marita Koivunen*

# INFORMAATIOTEKNOLOGIAN KÄYTTÖÖNOTTO PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ TERVEYDENHUOLLON HAASTEENA

Suomalaisen terveydenhuollon keskeisenä haasteena on luoda ta-  
loudellisia ja käyttäjälähtöisiä ratkaisuja relevantin tiedon ja pal-  
velujen saatavuuden takaamiseksi. Tarve kustannustehokkaan, laa-  
dukkaan ja käyttäjäystävällisen teknologian integroimiselle osaksi  
terveyspalvelujärjestelmää esitetään useissa tulevaisuutta koskevis-  
sa kansallisissa yhteiskuntapoliittisissa mietinnöissä ja lausunnois-  
sa. Informaatioteknologia on jo tullut osaksi eri ammattiryhmien  
tehtäväalueita, ja lisää toimintoja ollaan siirtämässä informaatio-  
teknologian piiriin. Poliittiset päätöksentekijät ovatkin tilanteessa,  
jossa heidän on löydettävä tasapaino teknologisten investointien  
sekä henkilöresurssien välillä (Currell ym. 2005).

Informaatioteknologian, kuten esimerkiksi internet-pohjais-  
ten sovellusten, on todettu olevan käyttökelpoisia sekä hoitohen-  
kilökunnan toteuttaman potilasopetuksen välineenä että hoitajien  
ja kansalaisten itsenäisen terveystiedon haun kanavina. Interne-  
tistä on tullut helposti saatavilla oleva tietolähde suurelle joukol-  
le ihmisiä. Myös terveydenhuollon henkilökunnalle ajankohtainen  
näyttöön perustuva toiminta ja toiminnan arvioiminen, aktiivinen  
tiedonhaku ja tiedon hyödyntäminen edellyttävät informaatiotek-  
nologian käyttöä.



## Informaatioteknologian käyttöönoton esteitä terveydenhuollossa

Informaatioteknologia ja siihen perustuvat toimintatavat eivät ole siirtyneet kivuttomasti pysyviksi käytännöiksi. Kansainväliset tutkimukset tuovat esiin runsaasti syitä tähän. Yleisimmin käytetty perustelu on, että henkilökunta kokee informaatioteknologian käytön vaikeana. Uusien menetelmien käytön opettelu päivittäisten tehtävien ohella on aikaa vievää ja hankalaa. Menetelmät eivät ole olleet teknisiltä ominaisuuksiltaan käyttäjäystävällisiä eikä hoitohenkilökunnan koulutus ole aina riittävää ennen uuden sovelluksen käyttöönottoa (Ammenwerth ym. 2006). Menetelmän käyttöön tarvittavia tietokoneita tai sopivia tiloja ei myöskään ole henkilökunnan käytössä riittävästi.

Yleisimmin esiintyneitä esteitä informaatioteknologian käyttöönotolle ovat olleet kuitenkin hoitohenkilökunnan asenteet uutta teknologiaa kohtaan. Usein esiintyy epäilyksiä uusien menetelmien käyttökelpoisuudesta sekä suoranaista epäluottamusta niitä kohtaan (Schmitt ym. 2004). Henkilökunnan kielteiset asenteet eivät ole toisaalta yllätys, sillä informaatioteknologian tulo terveydenhuoltoon on vaikuttanut henkilökunnan työhön. Yksi esimerkki on, että teknologia on vähentänyt henkilökunnan henkilökohtaisia kontakteja työtovereihin ja potilaisiin (Jones ym. 2001). Mikäli työntekijät eivät usko teknologian hyväksikäytön mahdollisuuksiin, he saattavat boikotoida hiljaisesti uutta menetelmää ja jättää siihen liittyviä tehtäviä tekemättä.

## Informaatioteknologian käyttöönotto psykiatrisessa hoitotyössä

Miten informaatioteknologia soveltuu alueille, joissa sitä ei ole totuttu käyttämään osana päivittäistä hoitotyötä? Yksi esimerkki tällaisesta alueesta on psykiatrinen hoitotyö, joka perustuu potilaan ja henkilökunnan väliselle vuorovaikutukselle (May ym. 2001) sekä erilaisille psykososiaalisille ja toiminnallisille hoitomuodoille (Suomen Psykiatryhdistys 2001; 2004).

Mielenterveystyön ja psykiatrisen hoitotyön alueelle on viime vuosina suunnattu erilaisia ratkaisuja, kuten esimerkiksi telepsykiatrian sovelluksia ja kansalaisten yleistä tietotasoa lisääviä portaalreja. Potilaiden tarve saada tietoa sairaudesta on ilmeinen mielen-terveyshäiriöiden hoidossa (Kuosmanen ym. 2006; Hätönen ym. 2008). Toisaalta mielenterveysalan henkilökunta suhtautuu edelleen ristiriitaisesti potilaan tiedonsaantioikeuteen ja korostaa tiedon mahdollisia negatiivisia seurauksia potilaille (Pollock ym. 2004). Kansainvälisesti tarkasteltuna terveydenhuollossa painotetaan kuitenkin yhä voimakkaammin käyttäjänäkökulmaa osana korkeatasoista mielenterveystyön laatua (Thornicroft ym. 2002). Potilaan tietämyksen lisääminen omasta sairaudestaan ja sen hoidosta onkin keskeinen aktiivisen hoitoon osallistumisen edellytys (National Institute for Clinical Excellence 2002).

Informaatioteknologian käyttö mielenterveystyössä näyttäisi lisäävän palvelujen monipuolisuutta ja saatavuutta. Kynnys ensimmäisiin yhteydenottoihin ja sairautta koskevien kysymysten esittämiseen alentuu (Gega ym. 2004), sillä mielenterveysongelmiin liittyvä pelko leimaantumisesta saattaa estää ihmisiä hakeutumasta riittävän aikaisin hoitopalvelujen piiriin. Myös yksilöllisten tiedontarpeiden tyydyttäminen tulee mahdolliseksi juuri sellaisena ajankohtana, joka sopii henkilöille itselleen parhaiten. Lisäksi informaatioteknologia voi tukea asiakkaiden aktiivista roolia hoidossa. Alustavat selvitykset ovat osoittaneet, että informaatioteknolo-

giaan perustuvien palvelujen oletetaan vähentävän terapiakäyntien määrää potilaan hoidon tulosten siitä kuitenkin heikentymättä (Wright ym. 2005).

Suomen Akatemian terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelma (TERTTU) on rahoittanut Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella toteutettavan nelivuotisen hankkeen, jonka tavoitteena oli selvittää informaatioteknologian hyödyntämistä ja käyttöä osana psykiatrista hoitotyötä. Hankkeessa kehitettiin mielen-terveystyötä tukeva portaali (Mieli.Net) ja selvitettiin sen käyttömahdollisuuksia psykiatrisessa hoitotyössä osana systemaattista potilasopetusta. Mieli.Net-portaali sisältää tietoa mielenterveyden häiriöstä, hoidosta ja kuntoutuksesta, hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, potilaan oikeuksista sekä arkipäivän selviytymiseen liittyvistä tekijöistä. Käyttäjästävällisyyttä tukee se, että portaalin sisältö on kehitetty yhteistyössä kuntoutujien ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. Kehittämisvaiheessa kuntoutujat antoivat ohjeita muun muassa siitä, millaista tietoa portaaliin on tärkeä sisällyttää. He antoivat henkilökunnan ohella palautetta portaalin sisältämien tietojen selkeydestä, ymmärrettävyydestä ja sisällön hyödynnettävyydestä. Portaalin kehittämisprosessi pohjautuu lisäksi näyttöön perustuvaan kirjallisuuteen. Tietosisältöä on havainnollistettu kuvin, piirroksin ja kuntoutujien haastattelujen perusteella tuotetuin ääninäyttein. (Välimäki ym. 2008.)

Portaalin avulla potilaita voidaan ohjata luotettavan tiedon äärelle, sillä sinne on koottu laadukkaiden sivustojen linkkejä aktiivisille tiedonetsijöille. Portaali mahdollistaa potilaiden välisen vertaistuen sosiaalisen vuorovaikutuksen lisäämiseksi. Portaali helpottaa myös potilaan yhteydenoton erikseen määriteltyihin hoitotyön asiantuntijajäseniin arkipäivän asioita koskevien kysymysten esittämiseksi suojatussa yhteydessä (ns. etätuki). Lisäksi portaali on apuväline ja toiminnan tuki hoitohenkilökunnalle potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi.

## Portaali osana systemaattista potilasopetusta

Potilasopetuksesta käytetään psykiatrisessa hoitotyössä yleisesti nimitystä psykoedukaatio. Sillä tarkoitetaan vuorovaikutteisia interventioita, joiden avulla pyritään lisäämään potilaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä tukemaan potilaan kykyä selviytyä sairautensa kanssa. Psykoedukaatiota voidaan pitää hyödyllisenä skitsofrenian ja muiden vakavien mielenterveyshäiriöiden hoito-ohjelman osana. Sitä voidaan toteuttaa ryhmässä tai kahdenkeskisesti henkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Psykoedukaation on todettu parantavan skitsofreniaa sairastavan potilaan sitoutumista lääkehoitoon, vähentävän potilaan psyykkisiä oireita ja todennäköisyyttä palata uudestaan sairaalahoitoon. Sen on myös todettu parantavan potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja perheen tunneilmapiiriä. Sitä vastoin psykoedukaatiolla ei ole todettu selvää vaikutusta potilaan ymmärrykseen omasta tilasta, lääkekäyttöasenteisiin tai potilaiden ja omaisten tyytyväisyyteen palveluihin. (Pekkala & Merinder 2002.)

Käytimme hankkeessamme psykoedukaatiosta nimitystä systemaattinen potilasopetus, jonka elementtien oletettiin liittyvän keskeisenä osana psykiatriseen hoitotyöhön. Teimme hankkeen suunnitteluvaiheessa kuitenkin havainnon siitä, että systemaattinen ja suunnitellusti tapahtuva potilasopetus ei ole psykiatrisissa sairaaloissa niin yleistä kuin oletetaan. Potilasopetusta ei aina suunnitella etukäteen, sen sisältö ei ole jäsenneltyä ja käytännöt vaihtelevat sekä ajankäytön että menetelmien suhteen. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että systemaattisen potilasopetuksen perusidea ei sisällynyt sairaalaosastojen toimintaan. Myös potilasopetusta koskevien menetelmien tuntemus on sairaaloissa vähäistä. Tämän vuoksi hankkeemme keskeinen interventio, potilasopetus, oli henkilökunnalle uutta ja edellytti hoitohenkilökunnan kouluttamista siihen. Näin ollen uuden menetelmän käyttöönotto ei koskenut pelkäs-

tään informaatioteknologiaa, vaan se sisälsi myös systemaattisen potilasopetuksen perusajatuksen sisäistämistä osaksi hoitajien päivittäistä toimintaa.

Psykoedukaatio on aiheena melko runsaasti tutkittu. Sitä vastoin psykoedukaatioon liittyvien menetelmien käyttöönottoa koskeva tutkimus on vähäistä psykiatrisen hoitotyön alueella. Potilasopetusta voidaan kuitenkin tarkastella psykososiaalisena interventiona ja sitä kautta lähestyä asiaa uuden toiminnan käyttöönoton näkökulmasta. Myös muissa ympäristöissä ja muilla potilasryhmillä toteutetut tutkimukset, kirjallisuuskatsaukset ja hoitosuositukset tarjosivat hankkeessamme käyttökelpoista tietoa uuden menetelmän soveltamiseen käytännössä.

## Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto

Potilasopetuksen vaikuttavuutta koskevassa hankkeessamme henkilökunta arvottiin sattumanvaraisesti kahteen ryhmään tutkimusasetelman mukaisesti. Ensimmäinen ryhmä osallistui sairaalassa systemaattiseen potilasopetukseen portaalia hyödyntäen. Toisessa ryhmässä henkilökunta toteutti samalla rakenteella systemaattista potilasopetusta; portaalin sijaan opetuksen lähdemateriaalina käytettiin kirjallisia, hankkeessa kehitettyjä potilasoppaita. Molempia potilasopetusmenetelmiä tukemaan tuotettiin kirjalliset opetusmateriaalit. Nämä sisälsivät ohjeet portaalin käytöstä ja potilasopetuksesta sekä portaalin että perinteisen kirjallisen materiaalin avulla.

Uusien sovellusten optimaalinen käyttöönotto ja hyödyntämisen varmistaminen terveydenhuollossa edellyttävät systemaattista panostusta niiden käyttöönottoprosessiin. Tutkimushankkeessamme potilasopetuksen käytännönnotto pyrittiin toteuttamaan systemaattisesti suunnitelluin toimenpitein. Hankkeen valmistelu kesti kuusi kuukautta. Tänä aikana mukana olleiden yhdeksän

osaston johtoa sekä henkilökuntaa informoitiin hankkeesta säännöllisesti pidetyissä palavereissa, osastojen tietokonekanta, tilat ja henkilökunnan saama aiempi koulutus kartoitettiin tarvittavien lisäresurssien hankkimiseksi. Hoitohenkilökunnan tietotekniikan käyttötaidot ja asenteet kartoitettiin ja heidät koulutettiin osaamiskartoituksen perusteella räätälöidyin pienryhmäkoulutuksin ja yksilöllisellä ohjauksella Mieli.Net-portaalin käyttöön (Koivunen ym. 2008). Tässä vaiheessa toteutettiin myös käyttäjäarviointi, jonka avulla hoitajilla oli vielä mahdollisuus vaikuttaa sovelluksen sisältöön ja ominaisuuksiin (Koivunen ym. 2007).

Koko hankkeen ajan taattiin portaalin käyttöä tukeva tekninen tuki, joka sisältyi yhteistyösopimukseen laitteiston toimittaneen yrityksen kanssa. Sairaaloissa toimi tutkimuksen ajan tutkimushoitaja, joka opetti ja tuki henkilökuntaa ongelmatilanteissa. Kullakin yhdeksällä tutkimusosastolla oli kaksi tutkimuksen kulusta vastaava yhdyshenkilöä, jotka osallistuivat osastonhoitajien, ylihoitajien ja tutkimushenkilöiden kanssa kuukausittain pidettäviin palaveriin. Tällä pyrittiin varmistamaan eri yksiköiden tasalaatuinen toiminta potilasopetuksessa, kuultiin hankkeen etenemisestä ja ongelmatilanteista sekä pyrittiin ennakoimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa systemaattista potilasopetusta ja teknologian käyttöä koskevat ongelmat. Systemaattisen potilasopetuksen perustana olivat yksityiskohtaiset protokollat ja opetustapahtumien dokumentointi.

## Mitä hankkeemme osoitti?

Hankkeemme osoitti, että informaatioteknologiaa voidaan hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä. Internet-perustainen sovellus on hoitohenkilökunnan näkökulmasta käyttökelpoinen potilasopetuksessa myös mielenterveysongelmista kärsiville potilaille (Koivunen ym. 2007).

Tutkimustiedon lisäksi hankkeen aikana saatiin tietoa tekijöistä, jotka tulisi huomioida informaatioteknologiaan perustuvien menetelmien käyttöönotossa psykiatrisessa hoitotyössä. Keskeisimmiksi tekijöiksi tässä hankkeessa nousivat henkilökunnan ATK-osaaminen ja opetustaidot (Koivunen ym. 2008). Myös uuden toiminnan hyötyjen tiedostaminen on keskeistä uuden menetelmän käyttöönotossa (Anttila ym. 2008). Erittäin tärkeää on olemassa olevien käytänteiden ja toimintaprosessien hyödyntäminen. Perusajatuksena hankkeessa oli, että uusi käytäntö korvaisi osastoilla olemassa olevan potilasopetuksen ja tällä tavalla uusi menetelmä ei edellyttäisi lisääntymistä tai -panostusta päivittäisessä toiminnassa. Kun osastolla ei toiminutkaan säännöllisesti toteutettu potilasopetus ja systemaattinen potilasopetus oli henkilökunnalle uutta tässä muodossa, uusi menetelmä koettiin lisätyöllistäjänä osastoilla. Toisaalta hoitajia työllistivät tutkimus sinänsä ja siihen liittyvä aineistonkeruu, jotka luonnollisesti jäisivät jatkossa pois potilasopetuksen yhteydestä. Tästä huolimatta yhteisen ymmärryksen luominen käytössä olevista hoitomenetelmistä ja uusista käytänteistä on ensiarvoisen tärkeää uuden toiminnan kehittämisessä. Tämän mahdollistaa yhteistyö ja johdon tuki.

Informaatioteknologiaa hyödyntävän potilasopetuksen käyttöönotossa huomioitavia tekijöitä sekä menetelmät, joilla käyttöönottoa voidaan helpottaa psykiatrisissa sairaaloissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta, esitetään taulukossa 1.

Onko systemaattinen potilasopetus sitten edellä kuvattujen seikkojen vuoksi epärealistista ja hyödytöntä psykiatrisilla sairaalo-osastoilla? Vaikka varsinaiset vaikuttavuustulokset potilaiden ja organisaation näkökulmasta ovat vielä käsiteltävänä, tulevaisuuden tietoyhteiskuntaa ajatellen ja potilaiden näkökulmasta tarkasteltuna informaatioteknologian integroiminen psykiatriseen hoitoon on perusteltua.

Yleisesti ajatellaan, että tietokoneen ja sähköisten palvelujen käyttö mielenterveyden alueella on lähes mahdotonta sairauden

Taulukko 1. Informaatioteknologiaa hyödyntävän potilasopetuksen käyttöönotossa huomioitavia tekijöitä ja sitä tukevat menetelmät

Informaatioteknologiaa hyödyntävän potilasopetuksen käyttöönotossa huomioitavia tekijöitä	Menetelmät
ATK-taidot ja tuki	ATK-taitojen tukeminen räätälöidysti ja tarvelähtöisesti Tekninen tuki
Opetustaidot	Opetustaitojen lisääminen ja vahvistaminen Sähköisessä ympäristössä tapahtuvan ja sitä hyödyntävän vuorovaikutuksen oppiminen Opetustuki
Uuden toiminnan hyötyjen ja mahdollisten ongelmien tiedostaminen	Tietoisuuden lisääminen uuden menetelmän hyödyistä ja mahdollisista haitoista
Olemassa olevien käytäntöjen huomioiminen	Nykytoiminnan ja toimintaprosessien kuvaaminen Uuden menetelmän integroiminen olemassa oleviin käytänteihin Sopiminen toimintoista, jotka uusi menetelmä korvaa
Yhteisen ymmärryksen luominen	Säännöllinen ja henkilökohtainen yhteydenpito kaikkien mukana olevien kanssa Organisaatio- ja verkostanalyysi Johdon sitoutuminen
Johdon tuki	Informaation kulun varmistaminen Johdon fyysinen mukanaolo suunnittelussa

luonteen vuoksi. Kuitenkin tutkimuksessamme mukana olevista potilaista (N = 295) noin puolella oli tietokone kotona (54 %), vajaa kolmasosa kertoi käyttävänsä tietokonetta päivittäin (29 %) ja 40 % arvioi tietokoneen käyttötaitonsa erittäin tai melko hyväksi. Neljäsosa käytti internetiä päivittäin. Potilaista kolme neljäsosaa kuvasi suhtautumisensa tietokoneisiin erittäin tai melko myönteiseksi. Tämä antaa hyvät peruslähtökohdat ajatella, että myös va-



kavaa mielenterveyshäiriötä sairastavilla on tarve ja halu käyttää informaatioteknologiaan perustuvia menetelmiä eikä heitä voi automaattisesti syrjäyttää tietoyhteiskunnan kehityksestä. Kysymys näyttääkin olevan jatkossa siitä, missä määrin henkilökunta valmistautuu ottamaan informaatioteknologian osaksi päivittäistä toimintaa psykiatrisessa hoitoympäristössä.

## Pohdinta ja käytännön kehittämisehdotuksia

Henkilöstön asenteiden merkitystä informaatioteknologiaa kohtaan ei voida korostaa liikaa, sillä ne vaikuttavat eri tasoilla käytännön toiminnassa. Henkilökunnan on saatava riittävästi tietoa, koulutusta ja harjoittelu-aikaa uuden sovelluksen käyttöönottoon. Pelkän tiedon jakaminen ei kuitenkaan riitä muuttamaan toimintakäytäntöjä, vaan tiedon vajeita tulisi täydentää yksilöllisesti kunkin oppijan oman tietoperustan mukaan. Vaikka tällä hetkellä koulutustarjontaa on runsaasti, henkilökunnan osallistuminen ATK-opetukseen ei ole aktiivista. Tästä seuraa, että koulutukseen varatut resurssit saattavat mennä hukkaan. Tulevaisuudessa onkin varauduttava yksilöllisesti räätälöidyn ohjauksen toteuttamiseen ja tekniseen tukeen.

Ehkä merkittävin seikka uuden menetelmän käyttöönotossa on kuitenkin henkilökunnan käsitykset uuden menetelmän hyödyistä mielenterveyspotilaiden hoidossa. Mikäli henkilökunnalla puuttuu taitoja toteuttaa systemaattista potilasopetusta tai he eivät ole sisäistäneet potilasopetuksen merkitystä potilaan hyvinvointiin, tämä saattaa heikentää hoitajien motivaatiota ottaa uusi menetelmä käyttöön sekä halua opetella uusien menetelmien käyttöä ja sisällyttää ne osaksi päivittäisiä työtehtäviä. Tämä merkitsi hankkeessamme sitä, että informaatioteknologian osaamisen ja käyttöönoton lisäksi henkilökunnan koulutukseen olisi pitänyt si-

sältyä painokkaammin tietoa systemaattisen potilasopetuksen toteuttamisesta, eri opetusmenetelmistä ja vuorovaikutuksesta silloin, kun potilasopetukseen lisätään tietokone uutena elementtinä. Terveydenhuollossa olisikin pyrittävä varmistamaan henkilökunnan ymmärrys uusien sovelluksien ja menetelmien käytön hyödyistä käytännön hoitotyössä ja potilashoidossa. Myös henkilökunnan antama palaute uudesta menetelmästä tulee hyödyntää viipymättä ja pyrkiä puuttumaan mahdollisiin epäkohtiin välittömästi niiden ilmaannuttua.

Uuden menetelmän soveltamisessa käytäntöön on huomioitava, miten se muuttaa olemassa olevia toimintakäytäntöjä ja linjauksia hoitoyksiköissä. Mitä suurempi muutos on vallitseviin käytäntöihin nähden, sen vaikeampi on saada uusi käytäntö pysyväksi. Näin on erityisesti silloin, mikäli henkilöstö ei ole tietoinen nykyisten käytäntöjen puutteista, uusien menetelmien eduista tai jos nykyinen käytäntö koetaan toimivaksi. Toiminnan auditointi sekä erilaiset palaute- ja muistutusjärjestelmät tarjoavat välineitä henkilöstön tietoisuuden lisäämiseen nykyisistä käytännöistä ja mahdollisista puutteista (Jamtvedt ym. 2006). Olisi myös selkeästi tiedostettava ennen uuden menetelmän aloittamista, minkä olemassa olevan toiminnan uusi menetelmä korvaa. Tällä estettäisiin tilanne, jossa uuteen menetelmään kuuluvat toiminnot tulevat vanhojen toimintojen lisäksi ilman, että vanhoja toimintoja vähennetään tai muutetaan. Mikäli esimerkiksi systemaattisessa potilasopetuksessa potilaan kanssa käytetty aika olisi yhdistetty luonnolliseksi osaksi potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja yhdessäoloa, se ei olisi edellyttänyt potilaan kanssa käytetyn ajan lisäämistä eikä sitä olisi ehkä koettu irralliseksi hoitajan päivittäisestä työtehtävästä.

Uuden menetelmän käyttöönotto edellyttää eri ammattiryhmien yhteistä käsitystä menetelmän käytöstä sekä yhteistyötä potilasopetuksen toteuttamisesta osana potilaan hoitoa (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998). Yhteisen näkemyksen saavuttamisessa voidaan hyödyntää asiantuntijavierailuja (O'Brien

ym. 1997). Myös organisaation johdon ja yksiköiden mielipidejohtajien näkemykset vaikuttavat henkilöstön yleiseen mielipiteeseen. Hankkeemme osoitti, että organisaation johdon tuki ja riittävä taloudellinen ja ajallinen resursointi uuden menetelmän käyttöönottoprosessin aikana ovat prosessin onnistumisen edellytys. Hankkeemme ei olisikaan voinut toteutua ilman organisaatioiden johdon tukea ja ymmärrystä, jota saimme varauksettomasti kokea koko hankkeen ajan.

Informaatioteknologia on saapunut terveydenhuoltoon väistämättömäksi osaksi päivittäistä työtä. Tällöin tehtäväksi jää niiden seikkojen tiedostaminen, jotka voivat tukea mahdollisimman selkeää ja onnistunutta käyttöönottoa terveydenhuollossa. Hankkeemme osoitti, että informaatioteknologian käyttöönottoa voi verrata mihin tahansa organisaatiossa tapahtuvaan uudistukseen, joka sisältää toiminnallisia muutoksia. Näin ollen teknologian käyttöönottoprosesseissa vaikuttavat samat sosiaaliset, kokemukselliset sekä yksilölliseen osaamiseen ja toiminnan käytännön organisointiin liittyvät tekijät kuin muutosprosesseissa yleisestikin.

## Kirjallisuus

- Ammenwerth, Elske & Iller, Carola, & Mahler, Cornelia (2006) IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 6:3. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/6/3>> [27.3.2008.]
- Anttila, Minna & Koivunen, Marita & Välimäki, Maritta (2008) Nurses' experiences of information technology based standardized patient education in psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 64 (2), 147–156.
- Currell, Rosemary & Urquhart, Christine & Wainwright, Paul & Lewis, Ruth (2005) Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, Oxford 2005;(4): (ID #CD002098).
- Gega, Lina & Marks, Isaac & Mataix-Cols, David (2004) Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology* 60, 147–157.
- Hätönen, Heli & Kuosmanen, Lauri & Malkavaara, Heikki & Välimäki, Maritta (2008) Patients' experien-

- ces of patient education during inpatient psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 17(6), 752–762.
- Jamtvedt, Gro & Young, Janet & Kristoffersen, Doris & O'Brien, Mary Ann & Oxman, Andrew (2006) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.
- Jones, Ray & Atkinson, Jacqueline & Coia, Denise & Paterson, Lesley & Morton, A Ross & McKenna, Kate & Craig, Neil & Morrison, Jillian & Gilmour, W Harper (2001) Randomised trial of personalized computer based information for patients with schizophrenia. *British Medical Journal* 322, 835–840.
- Koivunen, Marita & Välimäki, Maritta & Pitkänen, Anneli & Kuosmanen, Lauri (2007) A preliminary usability evaluation of web-based portal application for patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(5), 462–469.
- Koivunen, Marita & Välimäki, Maritta & Jakobsson, Tiina & Pitkänen, Anneli (2008) Developing an evidence-based curriculum designed to help psychiatric nurses to learn to use computers and in the Internet. *Journal of Professional Nursing*. 24 (5), 302–310.
- Koivunen, Marita & Välimäki, Maritta & Koskinen, Anita & Stagers, Nancy & Katajisto, Jouko (b) The impact of individual factors on health care staff's computer utilization in psychiatric hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. (In press.)
- Kuosmanen, Lauri & Hätönen, Heli & Jyrkinen, Anna Riitta & Katajisto, Jouko & Välimäki, Maritta (2006) Patient satisfaction in psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 55(6), 655–663.
- May, Carl & Gask, Linda & Atkinson, Theresa & Ellis, Nicola & Mair, Frances & Esmail, Aziz (2001) Resisting and promoting new technologies on clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Science & Medicine* 52(12) 1889–1901.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2002.) Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Algorithms and pathways to care. London: NICE.
- O'Brien, Mary Ann & Oxman, Andrew & Davis, Dana & Haynes, R Brian & Freemantle, Nick & Harvey, Emma (1997) Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997. Issue 4. Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.
- Pekkala, Eila & Merinder, Lars (2002) Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.
- Pollock, Kristian & Grime, Janet & Baker, Elina & Mantala, Kalli (2004) Meeting the informational needs of psychiatric inpatients: staff and patient perspective. *Journal of Mental Health* 13(4), 389–341.
- Schmitt, Mary & Titler, Marita & Herr, Keela & Ardery, Gail (2004) Challenges of web-based education in educating nurses about evidence-based acute pain management practices for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing* 35(3), 121–127.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (1998) Psychosocial

- Interventions in the Management of schizophrenia – A National Clinical Guideline. SIGN 30. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/full-text/30/index.html> (31.08.2007)
- Suomen Psykiatriyhdistys (2001) Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Duodecim 117, 2640–2657.
- Suomen Psykiatriyhdistys (2004) Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim 120(6), 744–764.
- Thornicroft, Graham & Rose, Diana & Huxley, Peter & Dale, Gill & Wykes, Til (2002) What are the research priorities of mental health service users? *Journal of Mental Health* 11(1), 1–3.
- Välimäki, Maritta & Anttila, Minna & Hätönen, Heli & Koivunen, Mari-  
ta & Jakobsson, Tiina & Pitkänen, Anneli & Herrala, Jaakko & Kuosmanen, Lauri (2008) Design and development process of patient-centred computer-based support system for patients with schizophrenia spectrum psychosis. *Informatics for Health & Social care* 33(2), 113–123.
- Wright, Jesse & Wright, Andrew & Albano, Anne Marie & Basco, Monica & Goldsmith, L Jane & Raffield, Troy & Otto, Michael (2005) Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry* 162(6), 1158–1164.